

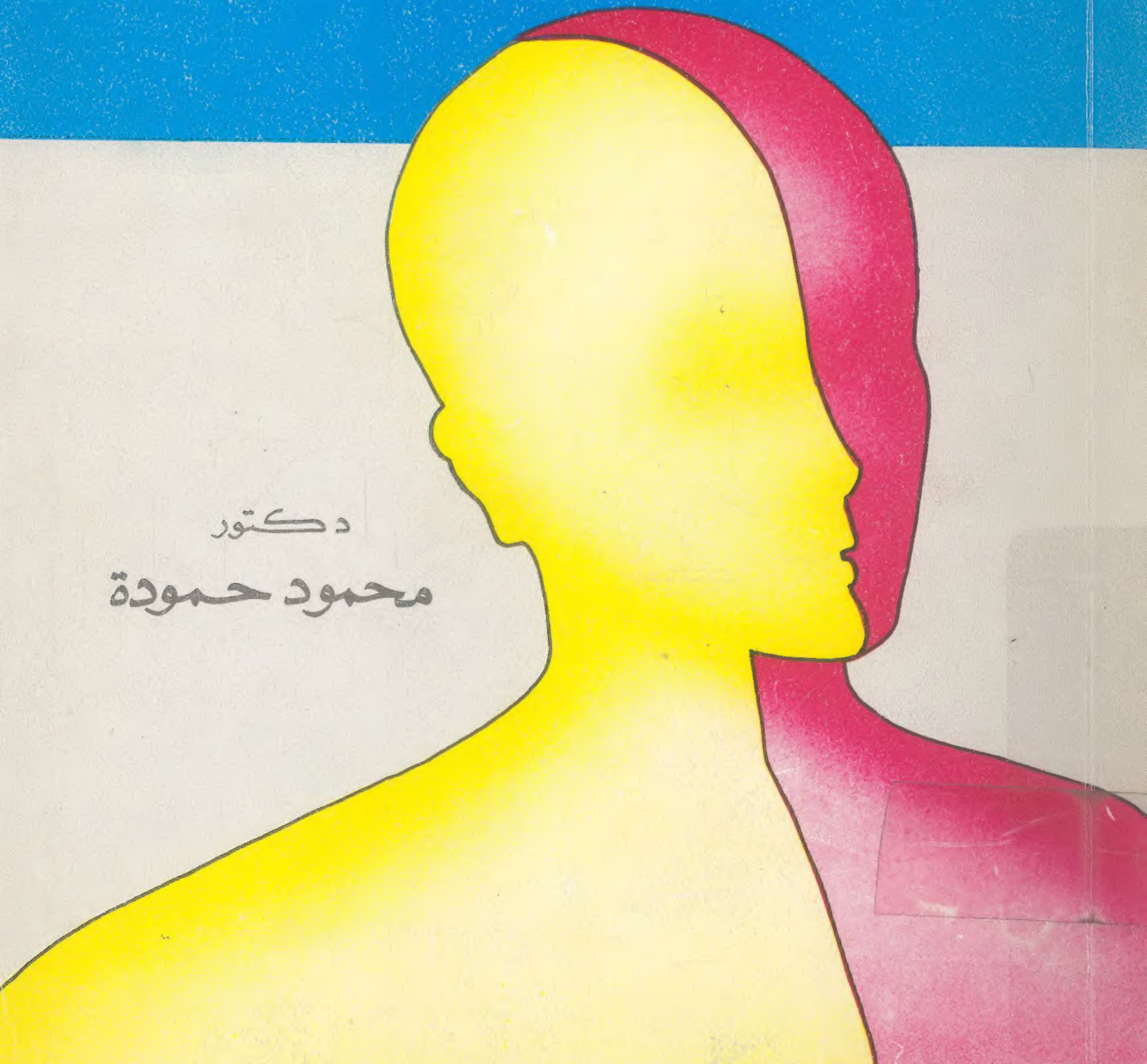
الطَّبُّ الْقِسِيُّ

النفس

أَسْرَارُهَا .. وَأَمْرَاضُهَا

دكتور

محمود حمودة



الطَّبُّ لِلنَّفْسِ

حقوق الطبع محفوظة للمؤلف

□□ يطلب من :

- العيادة : ٨١ ش جسر السويس - مصر الجديدة
- ومن : مكتبة الفجالة بالفجالة

إهداء ٢٠٠٧

الأستاذ الدكتور / قنري محمود حننى
جمهورية مصر العربية

الطب النفسي

النفس أسرارها.. وأمراضها

دكتور

محمود حمودة

بكالوريوس الطب والجراحة

ماجستير الأمراض العصبية والنفسية

دبلوم العلاج والتحليل النفسي للأطفال والمراهقين

دكتوراه الطب النفسي

أستاذ الأمراض العصبية والنفسية المساعد

بطب الأزهر

بسم الله الرحمن الرحيم
« وفي أنفسكم أفلا تبصرون »

صدق الله العظيم

شكر

أتوجه بالشكر لأساتذتي الذين قدموا لهذا الكتاب
ولطلابي الذين تعلمت منهم بقدر ما علمتهم
ولزملائي على ملاحظاتهم وتشجيعهم
ولزوجتي وأولادي الذين أعانوني وتحملوني

بقلم الأستاذ الدكتور محمد شعلان
أستاذ الطب النفسى بطب الأهر

بسم الله الرحمن الرحيم

لقد تمخض عن قسم الامراض العصبية والنفسية توجه مميز يمكن أن يأخذ صفات المدرسة ، اذ كانت البداية محاولة لدمج فرعى العصبية والنفسية ، الا أن الذى يبدأ بأطروحة سرعان مايولد أطروحة مضادة ، فجاء التطور نحو المبالغة فى الاستقطاب ، فازداد الأطباء العصبيون ميلا للتركيز على الجوانب العضوية بينما اتجه النفسيون نحو الجوانب النفسية بل تعدوا ذلك فى اتجاه الأسرة والمجتمع والتاريخ والتراث حتى وصلوا إلى حدود الممنوع وهو مجال الروح .

ورغم هذا الاستقطاب الظاهرى إلا ان تماسك الفريق بحد أدنى من الروابط الفكرية والوجدانية وارتباطهم بمجتمع واحد وكلية واحدة يخدمون جمهورا واحدا ، فى عمل فريقى لم يقتصر عليهما بل شمل كافة الاقسام فى كلية الطب ، بل أقسام من خارج الطب ، بل جامعات أخرى ، جعل هناك حد أدنى من التماسك والاندماج فى المنهج الفكرى والعلمى والعمل .

وازداد ذلك الاتساق الفكرى بعد ما أخذ كل داع إلى انفصال فرصته لأن ينفصل ، وكأن رغبة الشباب فى تأكيد ذاته بانفصاله عن أسرته وتحقيقها جعلته يعود ليقدّر قيمته ما أخذه من تراث الأسرة وعلية عاد من ترك ، وعاد متفردا مضيئا لا مقلدا .

هكذا كان الدكتور محمود حمودة من أوائل خريجي القسم والان من قيادته، يندمج تماما فينفضل فيعود متفردا مضيفا .

لقد تمكن في هذا الكتاب من أن يعبر عن تلك القدرة على تناول الانسان كوحدة متكاملة توجد في بيئته انسانية ومادية على سواء ، بل في كون حي يكاد يكون هو الوجود الالهى ذاته ، الذى يأكل ويصوم وينام ويصحو، ويعمل ويتعب ويجتهد ويلهو، هذا الانسان ذو النفس الامارة بالسوء واللومة والمطمئنة بفجوره وتقواه ، لا يمكن التعامل معه إلا من خلال منهج متكامل يعطيه الدواء ومع الدواء كلمة وراء الكلمة التى قد تبدو عابرة حكمة بالغة ، يأخذ النفس في جنونها ليربها صفاتها ونقائها .

هكذا التكامل يتطلب طبيبا عالما جذورة في قومه ولغته وتراثه وفروعه تصل إلى الصين واليابان شرقا وأمريكا غربا حتى تكتشف من خلال كروية الأرض أن الانسان واحد والحياة واحدة والله واحد وأنه واحد متحد مع كل ما يبدو متفرق .

المداخل عديدة ، والمناهج مختلفة تصنيف مصرى أو أمريكى أو دولى ، ولكن المصعب واحد وهو الانسان الذى يعانى نفسيا .

لقد عاد بأسلوب القصة عن طريق عرض الجالات إلى منهج تعليم عربى وهو التعليم بغير التلقين المباشر، ومخاطبة الشق الأيمن من الدماغ وصولا إلى الأيسر، أى الفنان إلى العالم ، وهكذا تجاوز تلك الثنائية المصطنعة .

نأمل أن يستمر الدكتور محمود حمودة في إعادة كتابة هذا الكتاب المعاد كتابته حتى يؤكد أن العلم والتعلم عملية لا تنقطع ، بل لو انقطعت لما صارت علما .

أ. د. محمد شعلان

أستاذ الطب النفسى بطب الأزهر

القاهرة - يوليو ١٩٩٠

تقديم

بقلم الأستاذ الدكتور أحمد شوقي العقباوى
أستاذ ورئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية بطب الأزهر

بسم الله الرحمن الرحيم

التقديم لكتاب علمى يتطلب وضوح الهدف من ذلك التقديم ، وهو فى رأى تلخيص لكتاب أكثر من كونه تقييما له .

ومن ثم فهو شرف وفخار أن أقدم هذا الكتاب الذى أرى أنه إضافة مطلوبة للمكتبة العربية فى الكتابة العلمية .

أهم ما يميز الكتاب ثلاثة أمور أتصور أنها تجاوز للقصور الذى يتبدى فى بعض الكتابات العربية فى الطب النفسى .

أول المميزات أنه بلغة عربية سليمة التركيب والصياغة ، مما يعكس تمكن الكاتب من لغة القرآن الكريم ... لأنه حافظ القرآن ، متشرب لجوهر اللغة ، بعيد عن التلوث السائد فى الكتابات العربية التى تستند إلى مصادر أكثرها أو كلها باللغات الأجنبية .

وثانيها أن الكاتب قد التزم فى ترجمة المصطلحات بالتوازن الذكى بين المعجم العربى الموحد والشائع من ترجمة المصطلحات ، وهذه النقطة على جانب كبير من الأهمية من حيث مسألة تعريب العلوم الطبية ، حيث الحاجة ماسة إلى تراكم التراث المكتوب بلغة متفق عليها لكى تعطى لجيل قادم الأرضية الضرورية للتأليف المبدع أكثر من النقل والترجمة .

وثالث الميزات هو بنية الكتاب ، واسلوب عرض المحتوى العلمى فى كل فصل ، وخصوصا تلك الاضافة التى تستند الى الفكر التربوى المعاصر.. حيث يبدأ كل فصل بعرض لمسألة اكلينيكية تجسر الفجوة فى ذهن القارئ ما بين المقال العلمى والواقع التطبيقى .

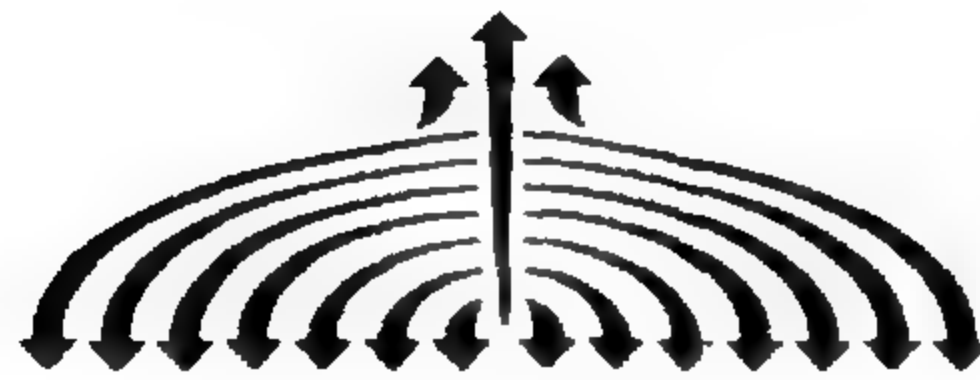
ومن ثم ، فإننى افخر بأن يكون هذا الاسهام الجدير بالاحتفاء به من قسم الأمراض النفسية والعصبية بكلية طب الأزهر ، عسى أن نكون بذلك ضمن المبادرين فى قضية من أهم قضايا التنمية فى مصر والعالم العربى وهى استخدام اللغة العربية فى الكتابة العلمية تدريساً ونشراً للبحوث العلمية فى مجال الطب النفسى .

اننى واثق باذن الله أن الكتاب سيلقى قبولا حسنا من الأساتذة والطلاب على السواء .

أ. د أحمد شوقى العقباوى

استاذ ورئيس قسم الأمراض العصبية
والنفسية بطب الأزهر

القاهرة - يوليو ١٩٩٠



بقلم الأستاذ الدكتور عبد اللطيف موسى عثمان
أستاذ الامراض العصبية بطب الأهر

بسم الله الرحمن الرحيم

يطيب لى أن أقدم لهذا المرجع الجاد فى الطب النفسى الذى يأتى مولده فى توقيت تتعالى فيه الاصوات المطالبة بتعريب الطب ، وتنعقد الندوات وتلقى الخطب ، وتصدر التوصيات تلو التوصيات ، ولكن يظل الحصاد فقيرا وتبقى المراجع الطبية العربية محدودة ، حيث ينتهى حماس الكثيرين بانتهاء الاجتماعات ، ولا يتجاوزها الى تحويل « الدعوة الى التعريب » لتصبح « ممارسة للتعريب »

وهذا الكتاب يسهم بغير شك فى اثراء المكتبة العربية ويقدم لطلبة الطب مرجعا علميا فى الطب النفسى فى لغة عربية يسيره تتيح لهم سلامة التفكير وتنمى قدرتهم على التواصل مع مرضاهم دون أن يتكلفوا مشقة الترجمة من الانجليزية الى العربية وما قد يشوبها من قصور يطمس المعنى أو غموض يستعصى على الفهم .

والكتاب نموذج حى لعودة العلوم الطبية الى اللغة العربية ، تلك اللغة التى ظلت لغة العلم حتى القرن السابع عشر .

ويتفق علماء اللغة والنفس على أن لغة الأم هى وعاء الفكر ، ولا تتحقق سلامة التفكير إلا إذا صيغ فى قالب من لغة الأم ، ومن المغالطة أن نتصور امكانية التفكير الخلاق بلغة أجنبية مهما بلغت درجة اجادتنا لتلك اللغة .

وانى لأدرك كم من الجهد تكبده المؤلف فى صياغة هذا المرجع حتى يخرج الى القارئ على هذا النحو اليسير، ولا يقلل من هذا الجهد أن نختلف معه حول بعض المصطلحات، لأننى على يقين من أن الجدل والنقاش سيفضيان الى اقرار ما يستقر عليه الرأى ودحض ما يتبين قصوره عن التعبير عن المعنى تعبيرا دقيقا، ومن السهل الاستفادة من النقد البناء فى الطبقات التالية إن شاء الله.-

يتبقى أن أهنيء الأخ الدكتور محمود حموده، وأدعو الله أن يحذو وحذوه آخرون لا وأن يواصل هو المسيرة التى بدأها فى صبر ومثابرة ودأب،

وعلى الله قصد السبيل،

القاهرة- يوليو ١٩٩٠

أ. د. عبد اللطيف موسى عثمان
أستاذ الامراض العصبية بطب الازهر



بسم الله الرحمن الرحيم

(مقدمة الطبعة الأولى)

تسود العالم اليوم الحضارة الغربية التى تتميز بسيطرة الاتجاه المادى على الاتجاه المعنوى والروحى ، وتبعاً لذلك سيطرت المادة على ما عداها ، فكان الاهتمام بدراسة الماديات فى مختلف نواحي الحياة ، بما فى ذلك دراسة الطب ، حيث ظهر الاهتمام بالجانب المادى ، وهو الجسد أكثر من الجانب المعنوى الذى يتمثل فى النفس ، ولم يقتصر الأمر على ذلك بل تعداه الى تفسير الجوانب المعنوية على أسس مادية بحتة ونحن هنا لانعيب التفسير ولكننا نرى قصوراً فى تدريس الجوانب المعنوية (التى قصدنا بها النفس) على مستوى خريجي كليات الطب فى مصر فأردنا أن نساهم فى تدعيم هذا الاتجاه حتى لا يعامل المريض على المستوى المادى فقط ، ككتلة من اللحم تسرى فيها الحياة وتكون ممارسة الطب البشرى أقرب الى الطب البيطرى حين لا يعبر الطبيب التفاتاً الى الجوانب المعنوية للمريض ... وسوف نلاحظ فى الصفحات التالية كيف ان الجوانب المادية ترتبط بالجوانب المعنوية للانسان (وهى علاقة النفس والجسد) بل يرتبطان بالمجتمع الذى يعيش فيه الفرد .

وهذه الجوانب الثلاثة (الجسدية والنفسية والاجتماعية) للانسان تلتقى في تخصص الطب النفسى الذى يدرس معاناة الانسان النفسية والعقلية الناتجة عن اضطراب أى من الجوانب الثلاثة السابقة أو من التفاعل فيما بينها ، بهدف تخفيف هذه المعاناة بالعلاج أو الوقاية منها بما يحقق أسمى أهداف المهنة الطبية فلاشك أن الوقاية خير من العلاج .

وإذا كنا نؤكد على احترام معنويات المريض ومشاعره فان لغته هى الوسيلة فى التعبير عن معاناته والمريض العربى يعبر بلغته العربية وحين يستمع اليه طبيب به العربى فانه يفكر فيما يسمعه بلغة عربية ولا يبقى الا أن يسجله بنفس اللغة ، ولكن عند هذه المرحلة نرى الطبيب وقد أجهتد فى نقل ذلك الى لغة اجنبية ، الأمر الذى يفسر بأنه استمرار للطريقة واللغة التى تعلم بها الطب ، ويظل الطبيب قريبا من معاناة مواطنيه من المرضى ولكن طريقة تعبيره تختلف عنهم . فالطبيب يعبر بلغة أجنبية ويكتب أبحاثه بلغة أجنبية ، وهو بذلك يخدم اللغة الأجنبية أكثر من لغة قومه ويخدم المجتمع الأجنبى (صاحب اللغة) أكثر من خدمته لمجتمعه ... انها جزء من مركب النقص الذى ورثناه من سنوات الاحتلال الطويلة والذى نأمل أن نتجاوزه الى أفاق الصديق مع النفس شعورا وتعبيراً وعلاجاً لمشاكلنا ...

وجامعة الأزهر التى حافظت على اللغة العربية عبر قرون الظلام التى سادت مجتمعاتنا العربية ، هى قادرة باذن الله وبهمم الشباب المخلص من أبنائها على حمل مشعل تعريب الطب وكتابة مراجعه باللغة العربية كى ترتبط الفروع بالأصول وكى يكون أحفاد الرازى وابن سينا خير خلف لخير سلف .

دكتور محمود حموده

١٩٨٥



بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الثانية

لقد كانت الطبعة الاولى من كتاب الطب النفسى فى عجلة جعلتها مختصرة فى بعض جوانبها ، خاصة ما يتعلق بأسباب الامراض والمسار والتنبؤ والعلاج ، ولكن ما عاد الى من انطباعات لدى الزملاء خاصة طلاب البكالوريوس والدرسات العليا (الدبلوم والماجستير) ، وما اقترحه على زملائي واساتذتى بقسم العصبية والنفسية بطب الأ زهر ، جعلنى لأضن بجهد على هذه الطبعة التى بين أيدينا أملا فى الوصول يوما ما إلى المستوى المناسب .

ولقد كانت تحمنى فى إعدادى لهذه الطبعة عدة اعتبارات أهمها ما لزمنا به فى قسم العصبية والنفسية بطب الأ زهر من الاعتزاز بلغتنا العربية والكتابة بها لأنها لغة الطبيب والمريض والمجتمع الذى يعيشان فيه ، وبها تكونت المفاهيم وارتبطت المشاعر لدى كل منهما ، فلقد كانت التبعية اللغوية فى عصر ما جزءا من التبعية الكلية للاستعمار ، وآن الأ وان أن نسترد ما فقدناه من اعتبار الذات والتخلى عن لغتنا تحت شعارات عدم توافر المراجع العربية أو عدم صلاحية اللغة العربية للكتابة العلمية ، فهذه كلها تبريرات تلقى تهربا

من حمل مسئولية الريادة أو استسلاما لما هو قائم تجنبنا لمشقة التغيير.. ولقد أخذت خطوات على المستوى الرسمي في قرارات مؤتمر اتحاد الاطباء العرب من ضرورة اكتمال تعريب الطب في عام (١٩٩٧) ، وما تبذله منظمة الصحة العالمية لمنطقة الشرق الأوسط بالتعاون مع بعض كليات الطب وبعض الهيئات العلمية في الوطن العربي في هذا الاتجاه ، وهناك مجهودات فردية في مجال تعريب الطب تستحق الاعجاب والتقدير، ولعل تواجدنا في الأزهر الذي حافظ على اللغة العربية في عصور الظلام يجعلنا نشعر بمسئولية الريادة رغم ما تلقينه علينا من تبعات .. والاعتبار الثاني هو التطور في مفاهيم التعليم الطبى الذى يهدف إلى زيادة مشاركة الطالب إيجابيا في العملية التعليمية ، حيث يشعر بالمشكلة الاكلينيكية ثم يستخرج منها أهدافا تعليمية يسعى إيجابيا لتعلمها مشاركا فاعلا لا مفعولا به تلقى إليه المعلومات في وضع المتلقى السلبي الذى لا يزيد عن كونه مسجلا محتزنا للمعلومة ، دون مشاركة حقيقية تجعله يتغير في سلوكه خلال مروره بالعملية التعليمية ، ومن هنا كان اتجاهى لصياغة بعض المشاكل الاكلينيكية في بداية كل فصل ، حفزا للذهن القارئ أن يعمل في صياغة أسئلة ، ثم يجد الاجابة عنها خلال العرض النظرى للموضوع ، وقد لا يجد كل الاجابة فيتحمس لقراءة مرجع آخر وهذا هو هدف العملية التعليمية .. والاعتبار الثالث هو تكامل الانسان في نواحيه الثلاثة الجسدية والنفسية والاجتماعية ، فكل من هذه الجوانب يؤثر في الآخر ويتأثر به ، ولقد نشأ الفصل بين هذه الجوانب الثلاثة تبعا لتقسيم المعارف الانسانية بعد اتساعها ، الأمر الذى وصل إلى تقسيم الطب إلى تخصصات ثم ظهور تخصصات دقيقة داخل كل تخصص ، وحين يتناول كل متخصص جزئته دون وعى بالتخصص الآخر نكون أشبه بالعميان الذين التفوا حول الفيل لوصفه فلمس كل منهم جزءا وصفه دون رؤية لبقية الأجزاء ، فبعدوا عن حقيقة ما يصفون ، هذا بالاضافة إلى سهولة النمط الطبى المبني على الأسس البيولوجية فقط والذى يهتم بوصف العقاقير دون اهتمام بجوانب الانسان المعنوية والاجتماعية أو اهتمام بالعلاقة الطبيعية المرضية ، ولكن هذه السهولة يدفع ثمنها المريض لما للعقاقير من تأثيرات جانبية وإهمال لجوانبه المعنوية ، والطبيب أيضا حين يصبح أشبه بألة تصف الدواء (فالكومبيوتر يمكنه أن يفعل ذلك) فيفقد انسانيته في ممارسته لمهنته ،

ويفقد معرفة كل العوامل التى سببت المرض فلا يصل الى التحسن الذى
يبغيه ، فليس وجود ميكروب الدرن أو فيروس الانفلونزا هو العامل الحاسم
فى حدوث مرض الدرن أو الانفلونزا ولكن هناك عوامل أخرى هى مناعة
الشخص المعتمدة على حالته النفسية والغذائية وظروفه المعيشية والبيئية ، فلم
تعد واحدة السبب هى النظرية المثلثية فى فهم الأمراض كما كانت قبل
ذلك ، ولذا كانت المطالبة بالعودة إلى غط الحكيم الذى يتسم بالحكمة
واتساع الافق فى نظره إلى الانسان المريض من حيث جسده ونفسه وعلاقاته
الاجتماعية وصولا الى العوامل التى ساهمت فى حدوث المرض والعمل على
تلافيها وصولا الى الشفاء ، وهو ما ركزت عليه فى عرض اسباب الامراض وفى
تخطيط سياسة العلاج طبقا لتعدد العوامل من بيولوجية ونفسية واجتماعية .

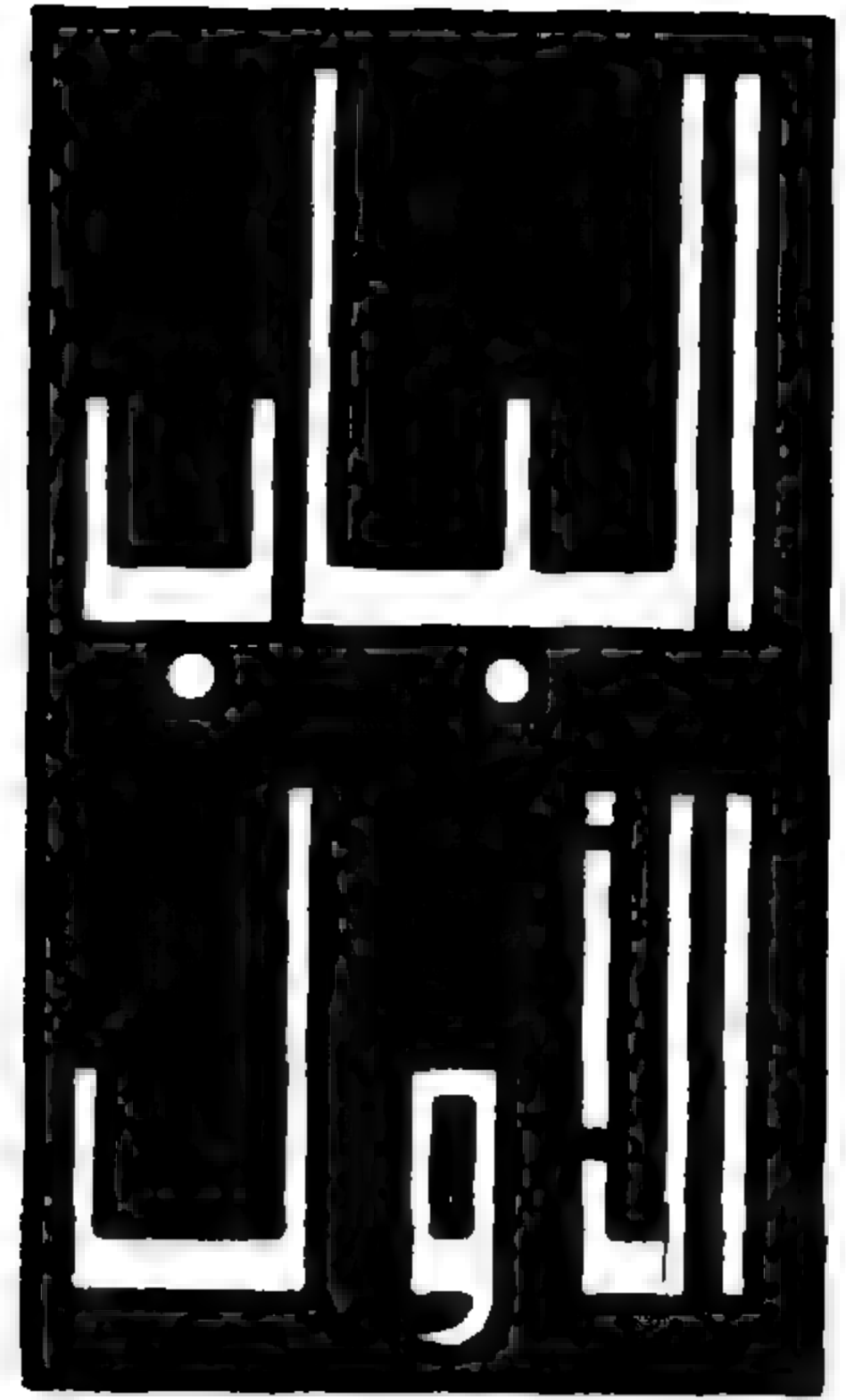
إن النهوض بالطب النفسى فى الوطن العربى لا يتأتى من خلال الاغراق
فى السلفية المفرطة فى الرجوع الى عصور ازدهرت فيها العلوم العربية دون
تجاوزها الى افاق الحاضر وما يفرضه من واقع علمى وعلمى ، أو التوقف عند
افتباس آيات من القرآن الكريم دون مواصلة التدبر فى خلق الله فى ضوء
ما يتيح العصر من مكتشفات كما أمرنا الله سبحانه وتعالى ، ولا يتأتى من
خلال الاغراق فى الاستغراب عن حضارتنا والاتجاه لحضارة الغرب المفرطة فى
ماديتها ، فالاستغراب يبعدنا عن انساننا العربى وعاداته وتقاليده وأخلاقيات
مجتمعه ومعتقداته ، والاغراق فى السلفية ينأى بنا عن مكتشفات العصر ويقودنا الى
التخلف عن التركيب الانسانى ، ويتحقق النهوض بالطب النفسى العربى من
خلال الأخذ بمكتشفات الحضارة الحديثة من فهم لعمل الدماغ وما يؤثر فى
العقل من كيمياء دون اهمال لوجدان الانسان العربى ومشاعره وتراثه وميراثه
الشعورى واللاشعورى ، وهو ما نأمل أن نحققه فى المراحل القادمة إن شاء الله .

دكتور

محمود حمودة

١٩٩١

القاهرة (٢٦٠٢٥٦٠٨)



الصحة النفسية والمرض النفسى .
النفس والبدن .
الجهاز العصبى .
الجهاز الهرمونى .
الوظائف النفسية .
الشخصية

الفصل الأول

الصحة النفسية والمرض النفسى

اختلف العلماء فى تعريف الصحة النفسية حسب رؤيتهم للمرض النفسى على أنه نقيض للصحة النفسية ، وهذا مبنى على قاعدة أن الشئ يعرف بنقيضه .. فمن اعتبر أن المرض النفسى هو عدم التوافق مع المجتمع ، رأى أن الصحة النفسية هى التوافق مع المجتمع وعدم الشذوذ عنه وعدم مخالفته ، وعلى ذلك يكون الانبياء والمصلحون فاقدى الصحة النفسية ، وهذا يخالف الواقع التاريخى ، لذلك كان هذا التعريف قاصرا .. ومن اعتبر أن المرض النفسى هو عدم التوافق الداخلى ، رأى أن الصحة النفسية هى التوافق الداخلى بين مكونات النفس من جزء فطرى هو الغرائز (الهو) وجزء مكتسب من البيئة الخارجية وهو الأنا الأعلى ، وهذا التعريف له اصول إسلامية فالنفس الامارة بالسوء تقابل الغرائز والنفس اللوامة تقابل الأنا الأعلى ، وحين يتحقق التوازن والتوافق بين النفس الامارة بالسوء والنفس اللوامة تتحقق الطمأنينة للإنسان و يوصف بأن نفسه مطمئنة .. ومن اعتبر أن المرض النفسى هو عدم التطور بما يتناسب مع مرحلة النمو ، فحين يتمسك البالغ بسلوكيات الطفولة فانه يعد مريضا نفسيا ، ومن ثم

رأو أن الصحة النفسية هي قدرة الانسان على التطور.. وهناك من اعتبر أن المرض النفسي هو اختلال في احوال النفس، وهي حالة الابوة (Parental ego state) وحالة الطفلية (Child ego state) وحالة الرشد (Adult ego state)، فعرف الصحة النفسية على انها توافق أحوال النفس الثلاثة.. وفي رأى (فرويد) أن المرض النفسي هو كراهية النفس والآخرين والعجز عن الانجاز والركود رغبة في الوصول الى الموت، وعرف الصحة النفسية بأنها القدرة على الحب والعمل، أى حب الفرد لنفسه وللآخرين على أن يعمل عملاً بناء يستمد منه البقاء لنفسه وللآخرين.

ولاشك أن التوافق بين أجزاء النفس أو أحوالها يعطى الانسان احساساً بالطمأنينة والحب للنفس وللآخرين، ويجعله قادراً على الانجاز العملي دون خوف أو يأس ويهبه قدرة على التطور بما يناسب المرحلة التى يحياها عمرها وزمنياً.

والمرض النفسي هو موضوع الطب النفسي (Psychiatry) حيث أنه فرع الطب الذى يدرس الأمراض العقلية والنفسية من حيث تشخيصها وعلاجها والوقاية منها، ومن ثم فهو يهدف إلى الصحة النفسية عن طريق الوقاية من المرض النفسي أو علاجه.. أما علم النفس (Psychology) فيدرس السلوك^(١) والعمليات العقلية فيصف ماذا يحدث وكيف يحدث؟ ويحاول أن يفسر لماذا يحدث السلوك؟ وذلك بهدف التنبؤ بالسلوك فى مرحلة ما من النمو، كى تتكون رؤية لضبط وتوجيه الحياة فى مسارات أفضل يتحقق منها ارتقاء للجنس البشرى، وذلك باستنتاج نظريات لأفضل طرق التنشئة للأطفال وكيفية التأثير فى الآخرين.. وهذا الفرع من الدراسة لا يقتصر على دراسة سلوك الانسان ولكنه يدرس نشاط جميع الكائنات الحية، فبينما يركز علماء النفس البيولوجيون على العلاقة بين السلوك والتغيرات البيولوجية، يوجه علماء النفس الاجتماعيون اهتمامهم إلى الجماعات ودراسة القوى الاجتماعية، وينهج هؤلاء وأولئك أسلوب الملاحظة لسلوك الانسان والحيوان، كما ينهجون أسلوب التجريب

(١) السلوك: ويقصد به ما يصدر عن الكائن الحي.

كإزالة أجزاء معينة من مخ حيوان في محاولة لفهم تأثير أجزاء المخ المختلفة على السلوك، كما تستخدم حيوانات التجارب في معرفة تأثير الخبرات السيئة على سلوك الحيوانات مثل فقد والعزل والحشد والعقاب وسوء التغذية والاجهاد، وميادين علم النفس كثيرة منها علم النفس الاكلينيكي وعلم النفس التجريبي وعلم النفس التربوي وعلم النفس الصناعي وعلم نفس النمو وعلم نفس الاجتماعى وعلم النفس الفسيولوجى وعلم القياس النفسى .



الفصل الثانى

النفس والبدن

إذا نظرنا إلى الانسان نظرة متأنية وجدناه مادة حية هى الجسد الذى يتكون من خلايا تتمايز فيما بينها لتكون الأنسجة والأعضاء والأجهزة ، وهذه المادة الحية تسرى فيها الحياة المتكاملة بفعل الروح التى هى من أمر ربى « ويسئلونك عن الروح قل الروح من أمر ربى وما أوتيتم من العلم إلا قليلا » (١) ، ولعل النفس هى الجزء الانسانى الذى يقترب من كونه وسيطا بين الجسد والروح ، فهى تشبه الروح فى كونها أثرا لمادة ، وتقترب من الجسد فى كونها ناتجة عن أجزاء معينة منه ، وهذا التقارب جعل البعض يعرفها (أى النفس) بأنها محصلة الوظائف العليا من نشاط الجهاز العصبى .

وفهم النفس لا يتم بمعزل عن الجسد فهى لا تقوم إلا به ، كما أن فهم الانسان لا يتم فى إطار منعزل عن المجتمع ، ومن ثم فإننا سنحاول الربط بين

(١) سورة الاسراء آية رقم (٨٥)

جسد الانسان ونفسه وبينه وبين مجتمعه في فهمنا للأمراض النفسية تشخيصا وعلاجاً ووقاية .

وإذا كانت الدراسة العلمية تقتضى منا تقسيم للوظائف إلى نفسية و بدنية ثم تقسيم آخر لكل منها فما ذلك إلا بهدف التبسيط وتيسير الفهم وليس لكونها هكذا حقيقة ، لأن الانسان كل متكامل متآلف ومتسق تعمل أجهزته متكاملة متعاونة ، بل يعتمد كل منها على الآخر ويصح بصحته ويمرض بمرضه .. فالقلب مثلاً يعمل منذ بداية الحياة في رحم الأم ليل نهار لا يتوقف إلا بانتهاء حياة الانسان ، يضخ الدماء اللازمة لحياة ووظائف الأعضاء والأجهزة المختلفة ، بحيث إذا توقف عن عمله توقفت الحياة ، ولكن هذا ليس معناه أنه لا يعتمد في عمله على كفاءة بقية الأجهزة ، فهو يعتمد مثلاً على الجهاز التنفسي ومقدار ما يمد الجسم من الأكسجين الذي يستخدم في حرق الغذاء الذي تم هضمه واعداده في الجهاز الهضمي الذي يوفر الطاقة اللازمة لعمل الأعضاء ومن بينها القلب وتنظم الغدد الصماء عمليات التمثيل الغذائي وإمداد الطاقة ، كما تقوم الكلى بتخليص الجسد من السموم والفضلات الناتجة عن عملية التمثيل الغذائي ، وهي (أى الكلية) بذلك تخدم جميع الأعضاء ، والكليتان إذا توقفتا عن العمل تراكمت السموم في الجسم بما يضر بسائر العمليات الحيوية ، ولا يفيد هنا أداء القلب أو الهضم أو التنفس ، بل نجد الضرر يلحق بجميع الأجهزة ووظائفها .. وهاتان الكليتان يعتمدان بدورهما على أداء الجهاز الدوري وضغط الدم الشرياني بحيث إذا انخفض عن حد معين توقف عملهما .

من هذا نرى أن التكامل سمة بين أعضاء الجسد فكل عضو يؤثر في الآخر ويتأثر به ، إذا مرض منه عضو تداعى له سائر الجسد بالحمى والمرض .

وتتكامل النفس والبدن فما النفس الا أثر الجزء من البدن هو الدماغ والجهاز العصبي ، وهي تمرض بمرضه وتصح بصحته ، وهذا أبسط انعكاس للبدن على النفس ، وهناك انعكاسات أخرى لمرض أجهزة الجسم المختلفة على النفس ، فحين يمرض القلب يؤثر في الدم الواصل الى الدماغ فتتأثر النفس باختلال وظيفة الدماغ ، كما تتأثر النفس لشعور الشخص بالمرض ، أى أن النفس تتأثر هنا مادياً ومعنوياً ، وحين تمرض الكلى ويقل ترشيح السموم وتزداد

نسبتها في الدم الواصل إلى الدماغ فتختل وظائفه وبالتالي تتأثر النفس ، هذا بالإضافة للأثر المعنوي لمرض الكلى .. وبالمثل هناك انعكاسات للنفس على البدن ، فالصراع النفسي يتحول إلى عرض جسماني في مرض الهستيريا مثل الشلل الهستيرى والعمى الهستيرى واحتباس الصوت ، وقد يحدث الصراع النفسي تغيرا في بعض أنسجة الجسم كما يحدث في الأمراض السيکوسوماتية مثل قرحة المعدة والتهاب القولون المتقرح وارتفاع ضغط الدم .

ويتكامل الانسان (جسده ونفسه) مع مجتمعه ، فلا ينشأ في فراغ ولكنه ينشأ في أسرة أو على أسوأ تقدير يولد لأم (كما في حالات السفاح وفاقدي الأب) ترضعه وترعاه و يرتبط بها وتلقنه قيمها ، ثم يحتاج في مراحل لاحقة من حياته لمشاركة آخر له في تزاوج يشبع حاجاته البيولوجية والنفسية وترتب على ذلك تكوين أسرة تنتمى إليه ويحقق اشباعا نفسيا واجتماعيا من خلالها .

وهكذا نرى أن التكامل سمة هامة بين أجهزة الجسم المختلفة وبين النفس والجسد وبين الانسان والمجتمع ، هذا بالإضافة إلى التكامل بين وظائف النفس المختلفة ، فالادراك المبنى على الذاكرة يؤثر في الشعور (الوجدان) وهذا بدوره يؤثر في التفكير الذي يترجم الى سلوك حركى أو لفظى ...

وحتى يتم فهم النفس وما يعترى الجسم من تغيرات ترتبط بالنفس فإننا سوف نعرض للجهاز العصبى كموطن مادي للنفس ، وما يتبعه من احساسات هى مسارات للادراك ، وما يحدث من تغيرات هرمونية تبعا لذلك بواسطة الجهاز الهرمونى .



الفصل الثالث

الجهاز العصبي

يعتبر الجهاز العصبي هو المهيمن على جميع وظائف الانسان والمنظم لها فتنتقل الاحساسات من جميع أجزاء الجسم إلى الجهاز العصبي الذي يفهمها و يفسرها ويتصرف بناءا على هذا الفهم تجاه المثيرات المختلفة سواء كانت داخلية أو خارجية ، كما أن سيطرته على الأجهزة الأخرى من خلال مراكز خاصة مثل مراكز تنظيم التنفس وتنظيم ضربات القلب ، نذكر من أهمية هذا الجهاز وصحته على جميع وظائف جسم الانسان .

و يقسم الجهاز العصبي إلى :-

(١) الجهاز العصبي المركزي (C.N.S) (Central Nervous System)

(٢) الجهاز العصبي الطرفي (P.N.S) (Peripheral Nervous System)

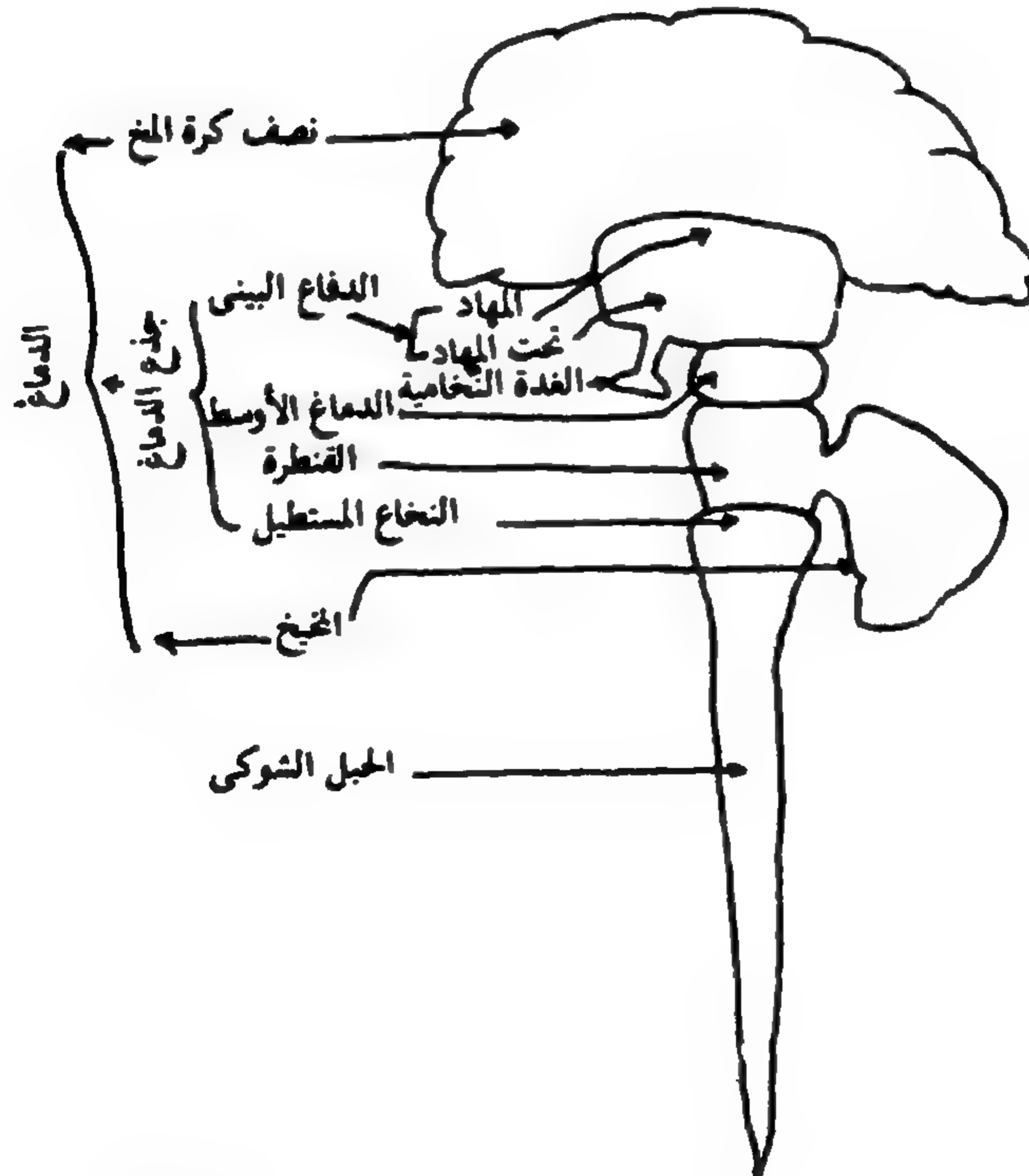
وسوف نتناول كل منهما بشيء من التفصيل في الصفحات التالية .

أولاً : الجهاز العصبي المركزي

و يتميز الجهاز العصبي المركزي بوجوده في مركز الجسم وداخل عظام تحميه حيث يوجد الدماغ داخل الجمجمة بينما يقع النخاع الشوكي داخل العمود الفقري الذي يتكون من عظام الفقرات ، كما يتغلف الجهاز العصبي المركزي بأغشية ثلاثة هي الأم الحنون والغشاء العنكبوتي والأم الجافية ، وتكون الأم الجافية بطانة للعظام التي تحيط بالدماغ (الجمجمة) والحبل الشوكي (العمود الفقري) مما ينشأ عنه فراغ تحت الجافية الذي يبطنه الغشاء العنكبوتي بدوره مكونا فراغ تحت العنكبوتية (Subarachnoid Space) الذي يمتلئ بالسائل النخاعي (السائل الشوكي) ..

تركيب الجهاز العصبي المركزي

يتكون الجهاز العصبي المركزي كما في شكل رقم (١) من :-



شكل رقم (١) بين الجهاز العصبي المركزي :

- (١) الدماغ (Brain) الذى يتكون بدوره من :—
أ— نصفى كرة المخ (Cerebral Hemispheres)
ب— الدماغ البنى (Diencephalon)
ج— جذع الدماغ (Brain stem)
د— المخيخ (Cerebellum)
(٢) النخاع الشوكى (الحبل الشوكى) (Spinal Cord)

(١) الدماغ

و يتميز دماغ الانسان بتعقيد يدعو الى العجب ، فهو يحوى من الخلايا ما يقرب من عشرة بلايين خلية عصبية ، وترتبط كل خلية بوصلات بينها وبين الخلايا الأخرى يتراوح عددها من خمسة آلاف إلى عشرين ألف وصلة .. ويزداد الاحساس بأهمية الدماغ اذا عرفنا أن ما يصل إليه من الدماء هو ثلاثون بالمائة (٣٠ %) من الدم الخارج من البطن الأيسر (أى الدم المؤكسج) ، وأن نسبة التمثيل الغذائى للدماغ تصل إلى أربعين بالمائة (٤٠ %) من التمثيل الغذائى للجسم كله ، هذا برغم أن وزن الدماغ لا يتجاوز اثنان بالمائة (٢ %) من وزن الجسم .

أ— نصفى كرة المخ

وهما أعلى أجزاء الدماغ و يفصل بينهما أخدود طولى من الأمام إلى الخلف إلا أنهما يرتبطان فى أسفل هذا الأخدود بواسطة الجسم الثفنى (Corpus Callusum) و يتميز سطح نصفى كرة المخ بوجود بروزات (نتوءات) وانخفاضات (أخاديد) .. و يتكون نصف كرة المخ من :—

١— قشرة المخ (Cerebral Cortex) : وهى الجزء الخارجى من نصفى كرة المخ والذى يتكون من المادة الرمادية (أى التى تحتوى على أجسام الخلايا العصبية) وهى أهم أجزاء نصفى كرة المخ ، حيث يقوم بالوظائف العليا مثل التفكير والذاكرة والادراك .

٢— العقد القاعدية (Basal ganglia) وهى عبارة عن خلايا عصبية لتنظيم وضبط

الحركة الإرادية بالإضافة إلى دورها في تنظيم الحركات الانفعالية والحشوية المصاحبة للانفعالات .

٣- البطين الجانبي : وهو عبارة عن فراغ في نصف كرة المخ على كل جانب ويمتلآن بالسائل النخاعي (الشوكي) .

أما باقى نصف كرة المخ فعبارة عن المادة البيضاء التى تمثل مسارات داخله أو خارجه من القشرة المخية .

و يقسم نصف كرة المخ إلى فصوص سميت بحسب موقع كل فص وهى :-

١- الفص الجبهى (الأمامى) : وهو مركز لأغلب الوظائف العليا مثل التفكير والادراك وادراك البيئة والانتباه والذاكرة .

٢- الفص المؤخرى (الخلفى) : وسمى كذلك لوقوعه فى الجزء الخلفى من الدماغ وهو خاص باستقبال المسارات البصرية وفهمها أى أنه يتعلق بالادراك البصرى .

٣- الفص الصدغى : ويستقبل المسارات القادمة من الأذنين حيث يعمل كمركز للسمع .

٤- الفص الجدارى : ويختص بالاحساس غير المتخصص مثل اللمس والألم والتغير فى درجة الحرارة .

و يعتبر أحد نصفي كرة المخ سائدا (Dominant) إذا وجد فيه مركز الكلام ، وعليه تتوقف الجانبية اليدوية ، حيث يقع هذا المركز فى النصف الأيسر لكرة المخ ويكون هو السائد فى حالة الاشخاص الذين يجيدون استخدام أيديهم اليمنى ، وإذا وجد مركز الكلام فى النصف الأيمن لكرة المخ كان هو السائد وكان الشخص أعسر يجيد استخدام يده اليسرى .. ويتميز النصف السائد بالقدرة اللفظية والتفكير المتسلسل المنطقى ويهتم بالتفاصيل ، بينما يتميز النصف غير السائد بقدرته على التفكير الحدسى والفنى والموسيقى والقدرة على التجميع والنظرة الكلية للأمور .

ب- الدماغ البينى

وهى المنطقة التى تقع أسفل نصفى كرة المخ وأهم مكوناتها الأجزاء التالية :-

١- المهاد (Thalamus)

٢- المهيد (تحت المهاد) (Hypothalamus)

٣- البطين الثالث (Third Ventricle) وهو الفراغ الذى يفصل بين المهاد الأيمن والأيسر.

١- المهاد

وهو عبارة عن تجمعات من الخلايا تسمى الأنوية ، وهى تعمل كمركز تحتى لقشرة المخ حيث تتولى استقبال الاحساسات القادمة إلى قشرة المخ وتهذيبها قبل وصولها للقشرة (أى أن المهاد يعمل كسكرتير لقشرة المخ فيما يتعلق بالاحساسات) ، ونظرا لاتصاله بالمهيد والفص الجبهى فإنه يشترك فى تكوين السلوك الانفعالى والسلوك الاجتماعى ، و يوجد مهاد على كل جانب يفصل بينهما البطين الثالث .

٢- تحت المهاد (المهيد)

و يعتبر المهيد مركزا عصبيا هاما يقع تحت المهاد ويتكون من مجموعات من الخلايا العصبية تسمى الأنوية ، وترجع أهمية المهيد إلى وظائفه الهامة والعديدة والتى نورد لها فيما يلى :-

١- التحكم فى نشاط الجهاز العصبى المستقبل الذى يتكون من السمبتاوى (Sympathetic) ونظير السمبتاوى (Parasympathetic) ، حيث توجد أنوية خاصة (مجموعة من الخلايا العصبية) متخصصة لضبط نشاط الجهاز العصبى المستقل وهذا الجهاز بدوره يتحكم فى حالة الأحشاء الداخلية مثل القلب والأوعية الدموية والجهاز الهضمى والجهاز التنفسى ، فمثلا عندما يدرك الشخص شيئا ما يثير انفعالا معيناً (كالخوف عند مشاهدة حيوان مفترس فى

الخلاء ، أو السرور عند مشاهدة مفاجأة باعثة على السرور) فإن ما يحدث هو فهم هذا المثير (الحيوان أو موضوع المفاجأة) واستدعاء الخبرة الماضية للمثير المرتبطة بالمشاعر المناسبة ، الأمر الذى يؤثر فى المهيد و ينتقل ذلك إلى الجهاز العصبى المستقل (عن طريق أنوية التحكم الموجودة بالمهيد) وبذلك تحدث التغيرات الحشوية المناسبة ، فيزداد معدل ضربات القلب ومعدل التنفس و يتوقف الهضم وتغلق فتحات الاخراج إلى غير ذلك من التغيرات التى تهدف إلى تكيف الانسان فى المواقف المختلفة .

٢ — تنظيم النشاط الهرمونى : فالمهيد ينظم إفراز الغالبية العظمى من هرمونات الغدة النخامية الأمامية ، وذلك عن طريق الأوعية الدموية التى تربط بينهما ، ويتم ذلك بواسطة ارسال عوامل مفرزة تعتبر إشارات كيميائية إلى الغدة النخامية الأمامية فتطلق أغلب هرموناتها وهى :—

— هرمون النمو .

— هرمون مغذى الغدة الدرقية .

— هرمون مغذى الغدة الأدرينالية .

— هرمون مغذى الغدة البنكرياسية .

— هرمون مغذى الغدد التناسلية .

كما يتم تكوين هرمونات الغدة النخامية الخلفية فى المهيد نفسه ، ثم تنتقل إلى الغدة النخامية الخلفية (الفص الخلفى) التى تخزنها ، ثم تفرز منها بناء على تحكم المهيد .

٣ — تنظيم مستوى (منسوب) الماء فى الجسم : حيث أن التغير فى الضغط الأسموزى للسائل المحيط بالخلايا (بالزيادة مثلاً) ينبه مستقبلات الضغط الاسموزى التى توجد فى خلايا عصبية معينة بالمهيد مما يجعله (أى المهيد) يعطى أمراً بإفراز هرمون رافع الضغط من الفص الخلفى للغدة النخامية .: وهذا الهرمون يقلل من إفراز كمية البول ويزيد من كمية ومنسوب الماء بالجسم ، بينما التغير فى الضغط الأسموزى بالنقص نتيجة لزيادة كمية السائل المحيط بالخلايا ، يؤدي إلى نقص إفراز الهرمون وبالتالي زيادة كمية التبول و يصل منسوب الماء

بالجسم إلى المعدل المناسب .. وإذا قلت نسبة إفراز هذا الهرمون لسبب ما عن المعدل الطبيعي فإن كمية المياه المفقودة في عملية التبول تزداد بدرجة كبيرة ويشرب الشخص كميات كبيرة من الماء ، وهذا ما نطلق عليه مرض السكر الكاذب (Diabetes inspidus) .

٤ - تنظيم عملية التمثيل الغذائي (الأيض) : حيث يؤثر المهيّد في إفراز عدد من الهرمونات التي تنظم عملية الأيض وهي هرمون مغذّي الغدة الدرقية وهرمون مغذّي البنكرياس وهرمون الأدرينالين ، هذا بالإضافة إلى وجود مركزين أحدهما للجوع والآخر للشبع ، ولوحظ أن تلف أحدهما يؤدي إلى فقدان الشهية للطعام التي قد تؤدي إلى الموت جوعاً أو النقص الشديد في الوزن ، بينما تلف الآخر يسبب شرها في تناول الطعام ونهم لا يوقفه إحساس بالشبع ينتج عنه سمّة مفرطة .

٥ - تنظيم درجة حرارة الجسم : يعتبر المهيّد مركز تنظيم درجة حرارة الجسم ، فهو يرصد التغيرات في درجة حرارة الدم نتج عن ذلك زيادة نشاط الجهاز السمبثاوي الذي يزيد من معدل التمثيل الغذائي بالجسم ويحدث رعشة بالجسم وهاتان من معدل توليد الحرارة كما يضيق الشرايين المغذية للجلد و يوقف إفراز العرق فيقلل بذلك من فقد الحرارة ، أي أن الحرارة الناتجة تزيد والمفقودة تقل فترتفع بذلك درجة حرارة الجسم .. وفي حالة زيادة الحرارة يحدث العكس فتتسع الشرايين المغذية للجلد و يزداد إفراز العرق وينشأ عن ذلك فقد للحرارة بخفض من درجة حرارة الجسم .

٦ - التعبير الانفعالي : لوحظ أن تلف المهيّد يؤدي إلى اختفاء التعبير الانفعالي المصاحب للانفعالات المختلفة وذلك لأن المهيّد يعتبر مركزاً هاماً من مراكز الانفعال الذي يظهر من خلال تحكمه في الجهاز العصبي المستقل .

٧ - تنظيم اليقظة والنوم : يعتقد أن هناك في المهيّد مركز للنوم وآخر لليقظة وأنه عندما ينشط أحدهما يثبط الآخر .. و يقع مركز النوم على مقربة من مركز التحكم في الباراسمبثاوي ، بينما يقع مركز اليقظة بالقرب من مركز التحكم في السمبثاوي ، وإصابة هذا الجزء تؤدي إلى حدوث النوم الانتيابي (Narcolepsy) وهو النوبات المتقطعة من النوم اللاإرادي ، أو يؤدي إلى النوم الكثير الممتد لفترات طويلة (Hypersomnia)

٨- التحكم في السلوك الجنسي : فلقد لوحظ أن إثارة أجزاء معينة من المهيد تؤدي إلى انتصاب القضيب وممارسة الجنس لدى القروء ، كما أن تلف أجزاء معينة من المهيد الأمامى (الجزء الأمامى) يؤدي إلى فقد الاهتمام بالناحية الجنسية .

٩- تنظيم ضغط الدم : فمن طريق تحكم المهيد في الجهاز العصبى المستقل (السمبتاوى) يتم التحكم في ضيق أو اتساع الأوعية الدموية مما يزيد أو يخفض من ضغط الدم ، كما أن إطلاق هرمون الأدرينالين والنوردأدرينالين من الغدة الأدرينالية (تحت تأثير المهيد الذى يسبب افراز هرمون مغذى الأدرينالين من الغدة النخامية) وزيادة هذا الهرمون تضيق من سعة الشرايين وتزيد من معدل ضربات القلب فيرتفع ضغط الدم .

ج- جذع الدماغ

يتكون جذع الدماغ من :-

١- الدماغ الاوسط (Mid Brain)

٢- القنطرة (الجسر) (Pons)

٣- النخاع المستطيل (Medulla Oblongata)

١- الدماغ الأوسط :

وهو أقصر أجزاء جذع الدماغ وأعلاها ويقع أسفل الدماغ البينى وفوق القنطرة ، وتوجد به المراكز السفلى للبصر والمراكز السفلى للسمع ، كما يتصل بالمخيخ والدماغ الأمامى ، وبه نواة كل من العصب الثالث (١) (محرك مقلة العين) ونواة العصب الرابع (البكرى) بالإضافة إلى جزء من نواة العصب الخامس (ثلاثى التوائم) ، كما تأخذ المسارات الصاعدة والنازلة من وإلى قشرة المخ مكانها في الدماغ الأوسط .

(١) العصب الثالث : عصب ججمى لأنه يخرج من الجمجمة وسوف نورد تفصيلا لها بعد ذلك .

٢ - القنطرة:

تقع القنطرة أسفل الدماغ الأوسط وفوق النخاع المستطيل ويجاورها من الخلف المخيخ وترتبط به بوصلات خاصة ، وتحتوى على عدد من أنوية الأعصاب الجمجمية هي نواة العصب السادس (المبعد لمقلة العين) ونواة العصب السابع (الوجهى) ونواة العصب الثامن (القوقى الدهليزى) بالإضافة إلى نواة جزئية للعصب الخامس (ثلاثى التوائم) ، كما أن المسارات الصاعدة والنازلة من وإلى قشرة المخ تأخذ مكانها فى القنطرة أيضا .

٣ - النخاع المستطيل (البصلة) :

ويقع النخاع المستطيل أسفل القنطرة وامتداده السفلى هو الحبل الشوكى (النخاع الشوكى) ويحتوى على الأنوية الخاصة بكل من العصب التاسع (اللسانى البلعومى) والعصب العاشر (الحائر) والعصب الحادى عشر (الإضافى) والعصب الثانى عشر (تحت اللسانى) ، كما أن المسارات الصاعدة والنازلة من وإلى الدماغ تأخذ مكانها فى النخاع المستطيل .

د - المخيخ

يوجد المخيخ فى المنطقة الخلفية (القفوية) من الجمجمة ويقع إلى الخلف من جذع الدماغ ، ويتكون من فص أمامى وفص خلفى ويطلق عليهما المخيخ القديم بالإضافة إلى الفص الأوسط ويطلق عليه المخيخ الحديث .. ويعتبر المخيخ الحديث أكثر نمواً فى الإنسان عنه لدى الحيوانات الأخرى .

ومن أهم وظائف المخيخ عامة مايلي :-

١ - المحافظة على اتزان ووضع الجسم بمساعدة جهاز الاتزان الموجود فى الأذن ، حيث لوحظ أنه عند حدوث تلف فى المخيخ القديم (الفص الأمامى والفص الخلفى) ينتج عدم الاتزان ويصبح الشخص مترنح المشية ولا يستطيع المحافظة على توازنه عندما يقف ويغمض عينيه .

٢ - تيسير الحركات الإرادية : بأن ينسق بين انقباض العضلات المختلفة بما يحقق

سهولة الحركة وتيسرها ، ويتم هذا من خلال استقباله للاشارات القادمة من العضلات والاشارات البصرية والحسية وتنسيقه فيما بينها .

وهكذا نرى وظيفة المخيخ هي ضبط الحركة ودقتها وتحقيق التوازن للجسم في أوضاعه المختلفة .. كما أن إصابة المخيخ تسبب تغيرات تتعلق بفقد وظيفته على نفس الجانب من الجسم (الأيمن أو الأيسر) ومن هذه التغيرات مايلي :-
١ - ترهل العضلات وضعفها وسرعة الاجهاد .

٢ - الرنح وهو عدم القدرة على ضبط الحركة وعدم تناسقها .

٣ - الخطأ في تقدير المسافة والاتجاه ومدى الحركة اللازمة لفعل ما .

٤ - وجود رعشة قصدية أثناء الحركة الهادفة تزيد كلما اقتربت الحركة من الهدف المتجهه اليه .

٥ - صعوبة إخراج الكلام بسبب عدم التنسيق بين عضلات الكلام .

(٢) النخاع الشوكى (الحبل الشوكى)

(Spinal Cord)

يكون الامتداد السفلى للنخاع المستطيل النخاع الشوكى الذى يتخذ شكل اسطوانة مفلحطة بعض الشيء وممتد من قاعدة الجمجمة (أى عند بداية العمود الفقرى) (١) إلى الحافة السفلى للفقرة القطنية الأولى ، ويتغلف النخاع الشوكى بنفس الأغلفة الثلاثة التى تغلف الدماغ - ويثبت النخاع الشوكى فى القناة الفقارية بواسطة :-

١ - الخيط الانتهاثى الذى يربط النخاع الشوكى الى العنق . (٢)

(١) العمود الفقرى : يتكون من مجموعة من الفقرات العظمية (٧ عنقية ، ١٢ ظهرية ، ٥ قطنية والعجز من خمس فقرات أيضا بالإضافة الى العنق).

(٢) العنق : وهو الجزء العظمى الأخير من العمود الفقرى وطرفه العلوى الى العجز وطرفه السفلى حر .

٢ - أربطة على الجانبين تربطه إلى الأم الجافية (المتصلة بدورها بعظام العمود الفقري) .

ويخرج من النخاع الشوكي أزواج متقابلة من الأعصاب تسمى الأعصاب الشوكية و يبلغ عددها واحد وثلاثون زوجا هم :-

١ - ثمانية أزواج عنقية (أى تخرج من المنطقة العنقية فى الحبل الشوكى) .

٢ - اثنا عشر زوجا ظهرية (صدرية) أى تخرج من المنطقة الصدرية فى الحبل الشوكى .

٣ - خمسة أزواج قطنية تخرج من المنطقة القطنية من الحبل الشوكى .

٤ - أربعة أزواج عجزية تخرج من منطقة العجز فى الحبل الشوكى .

٥ - زوج واحد من الأعصاب يسمى العصعصى لأنه يخرج من المنطقة العصعصية فى الحبل الشوكى .

ويظهر النخاع الشوكى فى قطاعه المستعرض من مادة سنجابية (رمادية) على شكل (H) ويحيط بها المادة البيضاء وبينما تكون المادة الرمادية الخلايا العصبية فإن المادة البيضاء تكون المسارات الصاعدة والهابطة والجزء الأمامى من المادة الرمادية يشمل الخلايا العصبية المختصة بالحركة بينما يشمل الجزء الخلفى الخلايا العصبية المختصة بالاحساس .

ويعتبر النخاع الشوكى امتداد الدماغ فى جذع الانسان ، ولذا فهو مركز للأفعال المنعكسة أى التى تحدث دون عمليات الدماغ من التفكير والذاكرة وغيرهما من العمليات العقلية ، وذلك مثل سحب اليد السريع الذى ينتج عند الوخز بدبوس .. كما يعتبر النخاع الشوكى مركز توصيل وسيط للاحاساسات من أعضاء الجسم المختلفة إلى الدماغ ، ومركز وسيط أيضا لتوصيل الأوامر الحركية من الدماغ إلى الأطراف والأعضاء .

ثانياً - الجهاز العصبي الطرفي .

(Peripheral Nervous System)

يشمل الجهاز العصبي الطرفي كل من :-

- ١ - الأعصاب الجمجمية (القحفية) .
- ٢ - الأعصاب الشوكية .
- ٣ - الجهاز العصبي المستقل (التلقائي) .

١ - الأعصاب الجمجمية

(Cranial Nerves)

وهي الأعصاب التي تخرج من الجمجمة وتنشأ من أنوية خاصة لكل منها في مناطق مختلفة من الدماغ ، وعددهم اثنا عشر زوجاً ، ويتوزع كل زوج إلى أيمن وأيسر ، ونظراً لأهمية هذه الأعصاب فإن كل منها سمي بالرقم الذي رتب عليه أو سمي طبقاً لوظيفته التي يؤديها ، وهم على الترتيب كما يلي :-

- ١ - العصب الجمجمي الأول : ويسمى العصب الشمي لاختصاصه بوظيفة الشم .
- ٢ - العصب الجمجمي الثاني : ويسمى العصب البصري لاختصاصه بوظيفة الإبصار .
- ٣ - العصب الجمجمي الثالث : ويسمى العصب محرك مقلة العين .
- ٤ - العصب الجمجمي الرابع : ويسمى العصب البكري وهو محرك لاحدى العضلات التي تحرك مقلة العين .
- ٥ - العصب الجمجمي الخامس : ويسمى ثلاثي التوائم وهو محرك لعضلات المضغ كما ينقل الاحساس من الوجه ونصف فروة الرأس الأمامى والفم .
- ٦ - العصب الجمجمي السادس : ويسمى المبعد لأنه محرك للعضلة التي تبعد بين مقلتي العينين .
- ٧ - العصب الجمجمي السابع : ويسمى العصب الوجهي لأنه يحرك عضلات الوجه ، ولكنه يشمل بالإضافة إلى ذلك جزء خاص بإحساس الذوق ينقله من

الثلثين الأماميين من اللسان، وجزء باراسمبتاوى خاص بالغدد اللعابية، ولذا فإن هذا العصب يعمل إراديا - (كمحرك لعضلات الوجه) و يعمل لا إراديا ضمن الجهاز العصبى المستقل (فى جزئه الباراسمبتاوى) .

٨- العصب الجمجمى الثامن : و يسمى العصب السمعى الدهليزى القوقعى ، وهو عصب حسى يختص بالسمع والاتزان .

٩- العصب الجمجمى التاسع : و يسمى العصب اللسانى البلعومى وهو محرك لعضلات البلعوم و ينقل الاحساس من البلعوم واللسان بالإضافة إلى جزء باراسمبتاوى .

١٠- العصب الجمجمى العاشر : و يسمى العصب الحائر لتعدد وظائفه فهو محرك لعضلات البلعوم والحنجرة وسقف الحلق بالإضافة إلى نقله الإحساس من الأحشاء الداخلية ، كما يعطى الامداد الباراسمبتاوى للأحشاء أيضا .

١١- العصب الجمجمى الحادى عشر : وهو العصب الإضافى الذى يحرك عضلتين بالرقبة هما العضلة القصية الخشائية والعضلة شبه المنحرفة .

١٢- العصب الجمجمى الثانى عشر : و يسمى العصب تحت اللسانى وهو محرك لعضلات اللسان .

٢- الأعصاب الشوكية

(Spinal Nerves)

وتسمى بالأعصاب الشوكية لأنها تخرج من النخاع الشوكى ، وعددها واحد وثلاثون زوجا أحدهما أيمن والآخر أيسر ، وتقسم الأعصاب الشوكية إلى مجموعات حسب المنطقة التى تخرج منها وهى :

١- مجموعة الأعصاب الشوكية العنقية وعددها ثمانية أزواج ، وتخرج من المنطقة العنقية .

٢- مجموعة الأعصاب الشوكية الصدرية وعددها اثنا عشر زوجا وتخرج من المنطقة الصدرية .

٣- المجموعة القطنية من الأعصاب الشوكية عددها خمسة أزواج، وتخرج من المنطقة القطنية.

٤- مجموعة الأعصاب العجزية وعددها خمسة أزواج وتخرج من المنطقة العجزية.

٥- زوج واحد من الأعصاب الشوكية وهو آخرها ويسمى العصب العصبي.

وكل من هذه الأعصاب الشوكية يتكون من جزئين أحدهما أمامي مختص بالحركة والثاني خلفي مختص بالاحساس (عند خروجها من النخاع الشوكي) ثم يندمجان معا ليكونا عصباً تختلط فيه الألياف الحسية مع العصبية الحركية وبعد هذا الاختلاط ينقسم العصب الواحد إلى فرعين أمامي وخلفي، حيث يغذي الأمامي الجذع من الأمام بالحس والحركة ويغذي الخلفي الجذع والأطراف من الخلف بالاحساس والحركة أيضاً، وتتجمع بعض الأعصاب الشوكية معا لتكون صفائر عصبية، تسمى حسب المنطقة التي تخرج منها مثل الضفيرة العنقية بالعنق والصفيرة العضدية بالعضد والصفيرة العجزية بالعجز.

ونظراً لانتهاء النخاع الشوكي عند مستوى أعلى من نهاية العمود الفقري وقصر المناطق المختلفة عن مثيلتها (المنطقة المناظرة لها) من العمود الفقري، فإن الأعصاب الشوكية تتدلى من النخاع الشوكي هابطة إلى مستواها المقابل من العمود الفقري ويزداد هذا التدلي كثافة وميلاً كلما اقتربنا من نهاية الحبل الشوكي حتى يتكون عند نهايته ما يشبه ذيل الحصان من الأعصاب المتدلية الكثيفة.

٣- الجهاز العصبي المستقل (التلقائي)

(Autonomic Nervous System)

ينظم الجهاز العصبي المستقل سائر الوظائف الحشوية اللاإرادية بحيث يضمن لها مستوى مناسب من الأداء يتلاءم مع الحالة التي يواجهها الإنسان.. وينقسم هذا الجهاز إلى قسمين هما:-

١- الجهاز العصبي السمبثاوي (Sympathetic Nervous System)

٢- الجهاز العصبي نظير السمبثاوي (جار السمبثاوي)

(Parasympathetic Nervous System)

وهذا ان الجهازان يعملان متوازيان بحيث إذا ازداد نشاط أحدهما طبقا لظروف معينه فإن الآخر يخفض من نشاطه حتى لا يحدث تعارض بينهما ، ويبدى كلاهما في الظروف العادية قدار مناسبة من النشاط .. ولكل من هذين الجهازين وظائف خاصة تفصلها فيما يلي :-

اولا : الجهاز السمبتاوى

يعمل الجهاز السمبتاوى على إعداد الجسم لمواجهة حالات الشدة التى تتمثل فى القتال أو الهرب (Fight or Flight) ولذا فهو يزيد انتاج الطاقة لعمل سائر الأجهزة ، وبذلك يحفز وظائف الجسم المختلفة و يرفع من أدائها وقدرتها وذلك عن طريق الآتى :-

١ - زيادة عمليات التمثيل الغذائى :

عند مواجهة مواقف الخطر أو الشدة فإن هذا الجهاز ينشط الغدة الكظرية لافراز هرمونات ، فيزداد هرمون الأدرينالين و ينشط الكبد لتكسير الجليكوجين إلى سكر الجلوكوز، فيرتفع معدل السكر فى الدم و يرتفع معدل التمثيل الغذائى و يترتب عليه زيادة انتاج الطاقة اللازمة لأداء الجسم لوظائفه المختلفة .

٢ - تغير نشاط القلب والأوعية الدموية :

يقوم الجهاز السمبتاوى بتنشيط عضلة القلب ، فيرفع من قدرتها على الانقباض وعلى توصيل النبضات الكهربائية ، وبالتالي يزيد من مدفوع القلب من الدماء ، ويستلزم هذا زيادة الدماء المغذية لعضلة القلب فتتسع الشرايين التاجية للقيام بهذه الوظيفة ، إلا أنه فى بعض الأحيان تضيق هذه الشرايين بزيادة النشاط السمبتاوى ، مما قد يؤدى إلى الاصابة بجلطة الشرايين التاجية عند مواجهة المواقف البالغة الشدة .. .

أما بالنسبة لباقى الأوعية الدموية فيضيق قطرها بزيادة نشاط الجهاز العصبى السمبتاوى عدا الأوعية الدموية المغذية للعضلات فإنها تتسع ، وبذلك يرتفع ضغط الدم الشريانى بوجه عام فيزيد من ارتشاح الدم إلى خلايا المخ التى

تحتاج المزيد لمواجهة الظروف الخطرة ، كما تستطيع العضلات بزيادة تغذيتها القدرة على مواجهة موقف القتال أو الهرب ، ويتأخر إحساس الفرد بالاجهاد بسبب زيادة الوارد الدموى ، وعدم تراكم نواتج التمثيل الغذائى .

٣ - زيادة نشاط الجهاز التنفسى :

ان زيادة نشاط السمبتاوى تزيد من نشاط الجهاز الدورى وهذا يتطلب زيادة الوارد من الاكسجين إلى الأنسجة المختلفة ، لذا فإن الجهاز التنفسى يؤدي هذه الوظيفة فتتسع الشعب الهوائية لتسمح بدخول كمية كبيرة من الهواء وبالتالى من الاكسجين اللازم لمواجهة الظروف .

٤ - تقليل نشاط الجهاز الهضمى :

تؤدي إثارة الجهاز السمبتاوى إلى إفراز لعاباً لزجاً كثيفاً قليل الماء على التركيز بالخمائر، وهذا ما نلاحظه عند الانفعالات الشديدة ، إذ يجف الحلق و يصعب البلع . وأما المعدة والأمعاء فإن الجهاز السمبتاوى يعمل على إثارة العضلات المعاصرة فتغلق الفتحات مع استرخاء عضلات الجدر، وهذا يؤدي إلى قلة الحركة واستبقاء الطعام ، وتقل قدرة المعدة والأمعاء في الإفراز للعصارات الهاضمة ، وإذا طالت فترة نشاط السمبتاوى فإن ذلك يسبب عسر الهضم وتراكم الغازات والامساك .

٥ - زيادة نشاط الجهاز العصبى :

حيث أن زيادة الدم الواصل إلى العضلات لا تساع الشرايين الموصلة إليها مع زيادة إفراز الناقلات العصبية الكميائية الواصلة إلى العضلات يزيد من توتر عضلات مما يسبب رعشة في الأطراف أو اختلاجات في بعض عضلات الجسم .

٦ - نقص إثارة الجهاز التناسلى :

حيث تؤدي زيادة نشاط السمبتاوى إلى انقباض جدران الحويصلة المنوية

فيحدث القذف ، كما يؤدي إلى انقباض الأوعية الدموية في الأنسجة الاسفنجية في القضيب والبظر مما يؤدي إلى نقص الاثارة الجنسية (الانتصاب) (٣)

٧- اختزان البول :

فنشاط السمبتاوى يثير العضلات العاصرة ويحدث استرخاء لجدران المثانة فيسبب اختزان البول ، رغم زيادة الدم الواصل إلى الكليتين .

ثانيا : الجهاز نظير السمبتاوى

وهو على العكس من السمبتاوى يعد الجسم لحالات الاسترخاء والهدوء وتعويض فاقد الطاقة ، فهو جهاز بناء (anabolic) في حين ان الجهاز السمبتاوى جهاز هدم (catabolic) أى يسبب فقد الطاقة ...

١- تقليل نشاط القلب والأوعية الدموية :

وهذا الجهاز يعمل على تثبيط عضلة القلب ، فيقلل من قدرتها على الانقباض أو من معدل ضربات القلب وكفاءته على العمل .

أما الأوعية الدموية فإنها تتسع أقطارها بشكل عام في زيادة من نشاط الجهاز نظير السمبتاوى ماعدا الشرايين التاجية فإنها تنقبض ، ولكن توجد بعض الأوعية الدموية لا تخضع لسيطرة هذا الجهاز مثل التى تغذى الجلد والعضلات فإنها تحت سيطرة السمبتاوى فقط .

٢- تقليل نشاط الجهاز التنفسى :

تضييق الشعب الهوائية ويزداد إفرازها المخاطى و يقل معدل التنفس ، وهذا ما يحدث أثناء النوم .

٣- زيادة نشاط الجهاز الهضمى :

يزيد نظير السمبتاوى من عملية الهضم والإخراج حيث يشبط العضلات العاصرة

(٣) سوف نفصل ذلك في عرض الوظيفة الجنسية .

فيؤدي إلى اتساعها كما يساعد في انقباض جدر الأمعاء و بهذا يساعد على تفريغ المعدة والأمعاء والحويصلة الصفراوية وكذلك محتويات المستقيم (العضلات) فيؤدي إلى عملية التبرز، كما يزيد من افرازات المعدة والأمعاء .

٤ - إثارة الجهاز التناسلي :

تؤدي زيادة نشاط الجهاز العصبي نظير السمبتاوى إلى اتساع الأوعية الدموية في الأنسجة الاسفنجية القابلة للانتصاب وهى القضيب فى الذكر والبظر فى الأنثى ، وهذا يؤدي إلى حدوث الانتصاب وهى مرحلة الإثارة اللازمة للعملية الجنسية .

٥ - تيسير عملية التبول :

وذلك عن طريق تثبيط العضلات العاصرة لفتحة المثانة وانقباض الجدران فيحدث التبول .

و يعمل الجهاز العصبي المستقل تحت سيطرة المهيد^(٤) الذى يخضع بدوره لسيطرة قشرة المخ .. ورغم أن الجهاز لا إرادى فى عمله إلا أن هناك بعض الوظائف الخاصة به تخضع لتحكم إرادى مثل عملية التبول والتبرز، حيث يساعد الجهاز السمبتاوى على اختزان البول والبراز، بينما يساعد الجهاز نظير السمبتاوى على التخلص منهما ، ولكن هاتان الوظيفتان تخضعان لسيطرة إرادية عن طريق بعض الاعصاب الإدارية التى تحكم عضلات إرادية تسمى العاصرة الخارجية .. فإذا امتلأت المثانة بالبول أو امتلأ المستقيم بالبراز شعر الانسان بالرغبة فى الاخراج ، ولكنه يخضع ذلك لمقتضيات الظروف المحيطة ، فإذا كان الموقف مناسباً قامت قشرة المخ بارسال إشارات مثبطة للعضلات العاصرة الخارجية (الادارية) فتسترخى وبذلك تعطى الفرصة لعمل الجهاز نظير السمبتاوى فيقوم باخراج الفضلات بولا أو برازا، بينما يحدث العكس إذا كان الموقف غير مناسب حيث ترسل قشرة المخ نبضات منشطة تنقبض على أثرها العضلة العاصرة الخارجية (الارادية) فيثبط ذلك عمل الجهاز نظير السمبتاوى و ينشط الجهاز السمبتاوى فيمسك الانسان عن الاخراج .

(٤) وسبق تفصيل المهيد ووظائفه

كما أن بعض الذين يمارسون رياضات معينة (مثل اليوجا) تنمو لديهم قدرات خاصة من التحكم الارادى فى وظائف أحشائهم لدرجة يستطيع بها أحدهم أن يسرع أو يبطىء ضربات قلبه ..

وهكذا نرى أن الجهاز العصبى المستقل لا يعمل مستقلا تمام الاستقلال ولكنه تحت السيطرة الارادية ، لكى يتم التوازن بين العمليات الإرادية واللاإرادية .

الاحساسات

(Sensations)

لكى يتفاعل الجهاز العصبى مع البيئة المحيطة به لابد له من جهاز ينقل إليه المعلومات عن هذه البيئة ، وهذا الجهاز يتمثل فى الاحساسات التى تتم بطرق مختلفة ، وتتخصص فى نقل مختلف المثيرات من الصوت والضوء إلى الروائح والطعوم (المذاقات) واللمس .

وتتميز الاحساسات بوجود مستقبلات لها طرفية فى الجسم تنقل الاحساس إلى ألياف عصبية خاصة ومنها إلى مسارات عصبية خاصة حيث تصل فى نهاية الأمر إلى مركز الاحساس بقشرة المخ .

والاحساسات متنوعة منها ما هو سطحى ومنها ما هو عميق وما هو قشرى بالإضافة إلى الاحساسات الخاصة .

أولا : الاحساسات السطحية

(Superficial Sensations)

وهى الاحساسات التى تعتبر مستقبلاتها سطحية ، وترتبط بسطح الجسم أى الجلد وتشمل الاحساسات السطحية ما يلى :

١ - الاحساس بالألم : مثل الشعور بوخزة الدبوس الذى ينقل من الجلد بواسطة نهايات عصبية دقيقة عارية ثم إلى الأعصاب الطرفية الشوكية ، ثم إلى الحبل الشوكى ، حيث تصعد فى مسارات خاصة ثم تعبر إلى الجانب الآخر وتصل إلى القشرة الحسية للمخ مروراً بالمهاد .

٢ - الاحساس بالتغير في درجة الحرارة : أى الاحساس بالبرودة أو السخونة وينقل بواسطة مستقبلات خاصة بالجلد (عبارة عن تجمعات كروية من الأعصاب تسمى بصيالات كراوس في حالة البرودة ، وكريات أخرى تسمى كريات رفينى لاستقبال الاحساس بالسخونة ، ثم من المستقبلات إلى الأعصاب الطرفية الشوكية إلى النخاع الشوكى حيث تصعد في مسارات خاصة ، ثم تعبر إلى الجانب الآخر ، وتصل إلى قشرة المخ مروراً بالمهاد .

٣ - الإحساس باللمس : ونقصد به اللمس الخفيف ويستقبل بواسطة كريات مينر ثم إلى الأعصاب الطرفية الشوكية فالجبل الشوكى حيث يصعد في مسارات خاصة لتلبث أن تعبر إلى الجانب المقابل صاعدة إلى المهاد ثم إلى قشرة المخ .

ويختلف توزيع الاحساسات السطحية من مكان إلى آخر بالجسم حيث تكثر المستقبلات في بعض المناطق دون بعض مثل أطراف الأصابع .

ولا تخفى أهمية الاحساسات السطحية فالجلد يعتبر هو الدرع الواقى للجسم وهو خط الدفاع الأول ضد الاختراق باحساس الألم أو الاحتراق باحساس الحرارة أو التجمد باحساس البرودة ، وبناء على المعلومة الحسية القادمة يتفاعل الجسم بتنظيماته المختلفة كيميائية أو عصبية .

ثانياً : الاحساسات العميقة

(Deep Sensations)

وهى التى يتم استقبالها بواسطة تراكيب عميقة قد ترتبط بالعضلات والأربطة حول المفاصل (وهى تساعد الجهاز العصبى في معرفة وضع الجسم وحالة انقباض أو ارتخاء العضلات المختلفة في الجسم) ، أو ترتبط بالأحشاء الداخلية (وهى التى تنقل الاحساس بامتلاء الأحشاء أو خلوها) .

١ - الاحساس بالوضع : (Sense of Position)

ويتم استقبال هذا النوع من الاحساس بواسطة مستقبلات خاصة في العضلات والمفاصل ثم تنقلها الأعصاب الطرفية إلى مسارات خاصة في النخاع

الشوكى حيث تصعد إلى قشرة المخ .. و يشارك فى الاحساس بالوضع المستقبلات البصرية فى العينين ومستقبلات الاتزان فى الأذن الداخلية .

٢ - الإحساس بالحركة (Sense of Movements)

و ينقل بواسطة المستقبلات فى العضلات والمفاصل وتأخذ نفس مسارات الاحساس بالوضع .

٣ - الإحساس الحشوى (Visceral Sensations)

وهو الإحساس المرتبط بحالة الأحشاء الداخلية مثل امتلاء المعدة أو المثانة أو القولون أو خلوها ، لذلك فهو ينقل الإحساس بالجوع والشبع والمغص من الأحشاء إلى قشرة المخ .

ثالثا : الاحساسات القشرية

(Cortical Sensations)

وهذا النوع من الإحساس يشمل التعرف على الأشياء باللمس (٥) سواء كانت أجسام أو مخطوطات ، والتمييز اللمسى بين نقطتين ، وتحديد موضع اللمس من الجسم . و يسمى هذا النوع من الإحساسات بالقشرى لاحتياجه لأكثر من منطقة بقشرة المخ فهو وظيفة مركبة من إحساس وإدراك (٦) ، وهو أحد الحواس الخاصة (الحواس الخمسة) .

رابعا : الاحساسات الخاصة (الحواس الخمسة)

(Special Senses)

١ - الإحساس البصرى : (Visual Sensation)

يحدث الإحساس البصرى نتيجة انكسار الأشعة المنعكسة من المرئيات

(٥) هذا النوع ينمو لدى المكفوفين ليعوض فقدان البصر .

(٦) هنا نعى به فهم المثير اللمسى بناء على خبرة سابقة .

بواسطة عدسة العين فتسقط على الشبكية التى تحتوى على المستقبلات البصرية ، فتنتقلها بدورها إلى خلايا عصبية متخصصة بالشبكية ، ومنها إلى الألياف العصبية التى تكون العصب البصرى (العصب الجمجمى الثانى) ، حيث يتكون من كل عين عصب بصرى واحد ، يكون أيمن للعين اليمنى وأيسر للعين اليسرى ، ولا تلبث مكونات العصب البصرى أن تنقسم إلى مسارات صدغية (٧) تكمل مسارها البصرى فى نفس الجانب ، ومسارات أنفية تعبر إلى الجانب المقابل حيث تسلك المسار البصرى مع المسارات الصدغية من الجانب المقابل ، وبذلك يصبح المسار البصرى (Optic tract) مشتملا على الألياف الصدغية من نفس الجانب بالإضافة إلى الألياف الأنفية من الجانب المقابل ، ويصلان معا إلى الجسم الركبى فى المهاد ومنه تخرج الاشعاعات البصرية إلى قشرة المخ فى الفص الخلفى حيث يتم فهم الصورة المنقولة من الشبكية ، وبذلك تنقل العينان نفس الصورة .

٢ - الاحساس السمعى (auditory Sensation)

تنتقل موجات الصوت من الهواء الخارجى إلى الاذن فتهتز الطبلة التى تهز بدورها ثلاث عظيمات صغيرة فى الأذن الوسطى (المطرقة والسندان والركاب) فتصل الاهتزازات إلى الأذن الداخلية فيهتز السائل الذى بداخلها وبالتالي تهتز البروزات الشعرية المتصلة بعضو السمع المسمى عضو كورتى (organ of corti) ومنه إلى الخلايا العصبية المتخصصة فالعصب السمعى (القوقعى) الذى يصل إلى الجسر ومنه يعبر إلى جانب المقابل صاعدا إلى المهاد ثم منه تصل الاشعاعات السمعية إلى قشرة المخ السمعية فى الفص الصدغى من قشرة المخ ، حيث يتم فهم الموجات المسموعة .

٣ - الاحساس الشمى (Olfactory Sensation)

يحمل الهواء الروائح عند دخوله إلى الأنف خلال عملية الشهيق ، حيث يختلط جزء من الهواء فى الجزء العلوى من الأنف بنسيج خلوى خاص به مستقبلات الخاصة بالشم وذلك خلال ذوبان الرائحة فى افرازات الأنف ،

(٧) تحمل الألياف العصبية البصرية القادمة من الشبكية القريبة من الصدغ .

وتحمل الرائحة عبر ألياف عصبية تخترق عظام الجمجمة مكونة العصب الشمي (الجمجمي الأول) الذي يصل إلى الدماغ الأوسط ومنه إلى الفص الصدغي من قشرة المخ حيث وظيفة الشم .. ويتم التعرف على الرائحة من خلال الخبرة السابقة .

٤ - الاحساس التذوقي : (Gustatory Sensation)

والاحساس التذوقي بدايته من اللسان الذي توجد به مستقبلات خاصة هي براعم التذوق التي تغطي اللسان وتتصل هذه المستقبلات في الثلث الخلفي من اللسان بالعصب اللساني البلعومي (الجمجمي التاسع) ، وتتصل في الثلثين من اللسان بالعصب الوجهي (الجمجمي السابع) ، وهناك قليل من البراعم التذوقية في لسان المزمار تنقل عبر العصب الحائر (الجمجمي العاشر) وينتهي بها الأمر جميعا إلى الفص الجداري لقشرة المخ .. وعادة يميز الانسان بين أربعة أنواع من التذوق هي الحلو والمالح والحمض والمر ، ويزيد الاحساس بالطعم الحلو في أطراف اللسان وكذلك الطعم المالح .. ويتشابه الاحساس بالشم والتذوق من حيث أن كلاهما إثارة كيميائية للمستقبلات .

٥ - الاحساس اللمسي (Tactile Sensation)

وهو التعرف على الأشياء باللمس و يسمى بالاحساس القشري وسبقت الإشارة إليه .



الفصل الرابع

الجهاز الهرموني (الغدد الصماء)

وهي مجموعة من الغدد تنتشر في أماكن متفرقة من الجسم وتفرز هرمونات تصبها مباشرة في الدم دون قناة ، لذلك أطلق عليها الغدد الصماء ، وكل من هذه الهرمونات له وظيفة معينة يؤديها في مكان معين من الجسم ، وتقع هذه الغدد الصماء تحت سيطرة المهيد الذي يتحكم في سيدة الغدد بالجسم وهي الغدة النخامية والتي تتحكم بدورها في باقى الغدد ، كما أن هرمونات هذه الغدد تنظم بواسطة آلية تسمى التغذية المرتجعة الحيوية (Biofeed back Mechanism) حيث أن زيادة الهرمون إلى حد معين يوقف إفرازه ، بينما نقص الهرمون بالدم إلى حد معين يثير المهيد الذي يفرز العامل المطلق المناسب إلى الغدة النخامية ، التي تطلق بدورها هرمون يعمل على إثارة الغدة المعنية بالهرمون الناقص في الدم ..

وهذه الغدد هي :-

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| ١ - الغدة النخامية . | ٢ - الغدة الدرقية . |
| ٣ - الغدة جار الدرقية . | ٤ - الغدة فوق الكلوية . |
| ٥ - جزء من البنكرياس . | ٦ - الخصيتان والمبيضان . |

(١) الغدة النخامية

(Pituitary gland)

توجد الغدة النخامية في قاع الجمجمة أسفل المخ و يبلغ حجمها نصف سم x واحد ونصف سم ، أى انها تقترب في حجمها من حبة الفاصوليا ، وهى سيدة الغدد في الجسم لأنها تنظم عمل الغدد الصماء جميعا .. وتتكون الغدة النخامية من ثلاث فصوص هى الأمامى والأوسط والخلفى ، وكل من هذه الفصوص له وظائف خاصة به نفصلها فيما يلى :

وظائف الفص الأمامى :

يفرز الفص الأمامى عدة هرمونات هى :-

١ - هرمون النمو.

٢ - الهرمون المنشط للغدة الدرقية (T.S.H)

٣ - الهرمون المنشط للغدة الكظرية (A. C. T. H) .

٤ - الهرمون المدر للبن . (Prolactin)

٥ - الهرمونات المنشطة للأعضاء التناسلية (للغدد التناسلية) .

١ - هرمون النمو (Growth Hormone)

يؤثر هرمون النمو في عمليات النمو بصورة مباشرة ، وبلاشتراك مع الهرمونات الأخرى وخاصة في نمو العظام الطويلة في منطقة الغضاريف النامية قرب نهايات العظام ، و يتوقف نمو العظام حين تتوقف هذه النهايات عن النمو ، وينبه هرمون النمو عمليات البناء البروتينى وامتصاص الكالسيوم من الأمعاء وتحويل السجليكوجين إلى جلوكوز ، ولكن إفراز هرمون النمو يتم تحت إشراف وتوجيه من (الهيبوثلاموس) ، بواسطة إطلاق عامل مفرز لهرمون النمو .. وزيادة هرمون النمو في الطفولة تؤدي إلى حالة العملاقة (Gigantism) وزيادته بعد البلوغ تسبب مرض تضخم العظام (acromegaly) .

٢- الهرمون المنشط للغدة الدرقية

و يتحكم هذا الهرمون في نمو الغدة الدرقية و ينظم وظائفها و ينشط عملية أخذ عنصر اليود من الدم الذى هو أساس تخليق هرمون الثيروكسين ، كما يلعب دورا أساسيا في تخليق هذا الهرمون الذى يفرز من الغدة الدرقية ، و ينظم افراز هذا الهرمون باشراف المهيدي بواسطة عامل مفرز خاص بهذا الهرمون ، و يزداد افراز هذا الهرمون عند مواجهة شدة وعند الاحساس بالبرودة ويحدث العكس في الجو الحار.

٣- الهرمون مغذى الغدة الكظرية

وهذا الهرمون ينشط الغدة فوق الكلوية لافراز هرموناتها ، و يتم تنظيم افراز هذا الهرمون تحت اشرف المهيدي أيضا ، و يكون ذلك تبعا للشدائد النفسية والظروف الانفعالية .

٤- الهرمون مدر اللبن

وله تأثير مباشر على غدتي الثدي بعد الولادة ، فينشط عملية ادرار اللبن أما عملية خروج اللبن من قنوات الثدي فتتنظم بواسطة هرمون الأوكسى توسين (Oxytocin) الذى يفرز من الفص الخلفى للغدة النخامية .

٥- الهرمونات المنشطة للغدد الجنسية

وتشمل هذه الهرمونات مايلي :-

أ- هرمون منشط المبيض فى الأنثى : الذى يؤثر على المبيض فيساعد على انضاج الحويصلات ، وأثناء هذا النمو تقوم الحويصلات بافراز هرمون الاستروجين ، وحين يصل تركيز الاستروجين إلى حد معين فإنه يثبط افراز هرمون منشط المبيض (F. S. H) وهناك هرمون آخر منشط للمبيض (L. H) يؤدي إلى نضج الحويصلات والتبويض (أى إخراج البويضة من الحويصلة) وتكوين الجسم الأصفر الذى يفرز بدوره هرمون البروجستيرون وحين يصل تركيز هذا الهرمون (البروجستيرون) إلى درجة معينة فإنه يثبط افراز الهرمون المنشط للمبيض .

ب - هرمون منشط الخصية في الذكر: حيث ينشط أحد الهرمونات (F.S.H) أنابيب الخصية لإنتاج الحيوانات المنوية، أما الهرمون الآخر (L.H.) فيؤثر على الخلايا الليفية بالخصية التي تفرز هرمون التستوستيرون.

وظائف الفص الخلفى للغدة النخامية :

يكون الفص الخلفى للغدة النخامية مع المهاد وحدة وظيفية حيث يعتبر مخزنا لهرمونات تصنع أساسا في المهاد، وتفرز أيضا بإشراف المهاد، وهما هرمونا أحدهما يسمى الأوكسى توسين والآخر يسمى الهرمون المضاد لإدرار البول.

— هرمون الأوكسى توسين : الذى ينسب عضلات الرحم فتقبض الأمر الذى يساعد على عودة الرحم إلى حجمه الطبيعى بعد الولادة، كما يعمل على دفع اللبن للخروج بانقباض العضلات المحيطة بقنوات اللبن.

— الهرمون المضاد لإدرار البول : و يسمى أيضا بالهرمون القابض للأوعية الدموية ويؤثر على أنابيب الكليتين فيتحكم في إعادة امتصاص الماء، وذلك بناء على توجيه المهاد وبناء على المعلومات القادمة إليه من المستقبلات الاسموزية (الموجودة في المهاد) كما سبقت الإشارة إلى ذلك في وظائف المهاد.

(٢) الغدة الدرقية

(Thyroid Gland)

وهى عبارة عن فصين يقعان على جانبي القصبة الهوائية في مقدمة الرقبة وملتصقة بالقصبة الهوائية لدرجة أنها تتحرك معها لأعلى وأسفل أثناء عملية البلع، وهى هامة في عملية النمو وتنظيم عملية الأيض بواسطة هرمونها الذى تفرزه ويطلق عليه هرمون الثيروكسين وتخضع الغدة الدرقية لهرمون منشط الغدة الدرقية الذى يفرز من الغدة النخامية.

وظائف هرمون الثيروكسين :

١ — تنظيم عملية التمثيل الغذائى (الأيض) : حيث يزيد من امتصاص السكر من الأمعاء ويزيد من معدل احتراقه بواسطة الخلايا، ويعمل على تكسير السكر

المخزون في الكبد في صورة جليكوجين إلى جلو كوزيسهل تحويله إلى طاقة بواسطة الخلايا ، كما يساعد على إنتاج الجلوكوز من المواد غير النشوية مثل الدهون والبروتينات .. كما يقلل من نسبة الدهون في الدم وكذلك نسبة الكوليسترول .. كما يزداد تخليق وهدم البروتينات في الجسم وهي العملية الضرورية لحدوث النمو، حيث لا يمكن لهرمون النمو أن يعمل في غياب هرمون الثيروكسين .

٢- تنشيط الوظائف الحيوية : مثل زيادة ضربات القلب وزيادة مدفوع الدم من القلب ، ورفع ضغط الدم الانقباضي تبعاً لذلك .. كما يزيد استهلاك الأكسجين الأمر الذي يترتب عليه زيادة معدل وعمق التنفس .

٣- زيادة نشاط الجهاز العصبي والمخ : حيث يزيد هرمون الثيروكسين من سرعة العمليات العقلية من التفكير والادراك والذاكرة والتفاعل في المواقف المختلفة .

٤- زيادة توتر العضلات ونشاطها لدرجة إحداث رعشة دقيقة إذا زاد هذا الهرمون .

٥- زيادة النشاط الجنسي : حيث يزيد هذا الهرمون من نشاط الرجل الجنسي ، ونقصه يؤدي إلى نقص هذا النشاط و يؤدي إلى توقف الدورة الشهرية لدى الأنثى .

وزيادة هرمون الثيروكسين بسبب مرض تسمم الغدة الدرقية (Thyrotoxicosis) الذي يسبب زيادة الاحتراق الغذائي وزيادة ضربات القلب ورعشة اليدين الرقيقة وجحوظ العينين ، ويصاحب ذلك احساس التوتر وعدم الاستقرار والشعور بالقلق وسرعة الاستثارة ، وقد يشخص هذا الاضطراب على أنه قلق إلا أن تحليل نسبة هرمون الثيروكسين بالدم يظهر ارتفاعها عن المعدل الطبيعي .

كما أن نقص الثيروكسين في الطفولة يسبب مرض القصاص (Cretinism) حيث يقل النمو ويتأخر ويصاحبه تخلف عقلي ، أما نقصه بعد البلوغ فيسبب مرض المكسيديما (Myxedema) الذي يقل فيه التمثيل الغذائي والاحساس بالبرودة وزيادة الوزن ونقص النشاط الجنسي وانقطاع الدورة الشهرية وتبلد التفكير والسلوك وجميع الوظائف العقلية .

(٣) الغدة الجاردرقية

(Parathyroid Gland)

وهى أربعة من الغدد الصغيرة الحجم التى تستقر خلف الغدة الدرقية وتفرز هرمونا واحدا هو المسئول عن مستوى الكالسيوم والفوسفور فى الدم و يطلق عليه (باراثورمون) ، ونقص هذا الهرمون ينشأ عنه نقص معدل الكالسيوم فى الدم وزيادة مستوى الفسفور، ونقص مستوى الكالسيوم إلى حد معين يؤدي إلى انقباض العضلات وتصلبها بسبب زيادة استثارة الأعصاب الطرفية والجهاز العصبى المركزى (بسبب نقص الكالسيوم) ، وهذه الحالة يطلق عليها التكرز (Tetany) .

أما زيادة هذا الهرمون الناتجة عن زيادة نشاط الغدة الجاردرقية فإنها تسبب ازدياد أخذ الكالسيوم من العظام مما ينتج عنه فجوات فى العظام مما يجعلها هشة وسهلة الكسر، بالإضافة إلى نقص توتر العضلات وضعفها وحالة الهزال العام .

٤ - الغدة الكظرية

(Suprarenal Gland)

وتتميز الغدة الكظرية إلى قشرة ونخاع ، وتفرز القشرة قشرانيات معدنية (Mineralo Corticoids) وقشرانيات سكرية (Glucocorticoids) ، وتعمل المعدنية على تنظيم المعادن بالجسم (الصوديوم والبوتاسيوم) ، بينما تعمل السكرية على ترسيب الجليكوجين فى الكبد وتكسير الأنسجة البروتينية إلى أحماض أمينية وتكسير الدهون، كما تزيد من مقاومة الجسم والنفس لحالات الشدائد وأهمها الكورتيزون والهيدروكورتيزون .

وزيادة افراز هذه الهرمونات (المعدنية والسكرية) بسبب مرض كوشنج (Causing's Disease) حيث تضعف عضلات الأطراف مع سمنة مفرطة فى الوجه والجذع ، ويزيد السكر بالدم ، والضعف الجنسي للرجال وتوقف الطمث للإناث .. بينما نقصه يسبب مرض أديسون (Addison's Disease) حيث ينخفض ضغط الدم ويقل التمثيل الغذائى وتضعف العضلات وتقل الوظيفة

الجنسية و يصطبغ الجلد بخلايا صبغية (حيث تتحول البشرة البيضاء إلى سوداء) ، و يصاحب ذلك ضعف جسماني ونفسي واضطراب انفعالي .

كما تفرز الغدة الكظرية قشرانيات جنسية (Androgenic Corticoids) وهي الاندروجين والاستروجين والبروجستيرون ، وتساعد في النمو الجنسي في مرحلة البلوغ .. وزيادة هذه الهرمونات خلقيا يسبب التخثث الكاذب لدى الاناث حيث يتغطى الجسم بشعر يشبه الرجال وتحدث الدورة الشهرية مبكرا في سن أربع سنوات ، كما يسبب النضج الجنسي المبكر لدى الذكور ، الأمر الذي يحدث تكلسا مبكرا في العظام ينشأ عنه قصر الطول .. أما زيادة هذه الهرمونات المكتسبة فتسبب تشابه الأنثى ظاهريا بالذكر كما تسبب تشابه الذكر بالأنثى حيث يزداد حجم ثدييه وتقل رغبته للإناث و يضعف جنسيا وتضمر خصيتاه .

أما النخاع الكظري فيفرز هرموني الأدرينالين بنسبة (٨٠ %) والنورأدرينالين (٢٠ %) ، ويعمل هذان الهرمونان بطريقة مباشرة في الأعضاء التي تخضع لسيطرة الجهاز العصبي السمبتاوى ، فيحدثان ارتفاعا في ضغط الدم وتضييق الشرايين بالإضافة إلى جميع التأثيرات المشابهة لزيادة نشاط الجهاز السمبتاوى على مختلف أجهزة الجسم .. وهذه الغدة يزداد نشاطها عند مواجهة شدة نفسية أو جسمانية أو التعرض لدرجات الحرارة المنخفضة .

وزيادة نشاط نخاع الغدة الكظرية يؤثر بمزيد من نشاط مشابه لنشاط الجهاز العصبي السمبتاوى ، أما نقص افرازها فلا يؤثر كثيرا في مواجهة الشدائد سواء في القتال أو الهرب التي سوف يتحمل مواجهتها الجهاز العصبي السمبتاوى .

(٥) غدة البنكرياس

وهي عبارة عن جزء من الخلايا الموجودة بالبنكرياس يطلق عليها جزر لانجرهانتز تحوى نوعان من الخلايا هما : —

١ — خلايا ألفا (Alpha Cells) : وتفرز مادة (الجلوكاجون) التي تعمل على زيادة السكر في الدم بتكسير الجليكوجين ، وتفرز هذه المادة عند انخفاض معدل السكر بالدم وبناء على طلب هرمون النمو الذي يفرز من الغدة النخامية .

٢ — خلايا بيتا (Beta Cells) : وتفرز هرمون هام هو الأنسولين الذى ينظم السكر بالدم ، ويزيد من تخزين الجليكوجين فى الكبد ، و يؤدي إلى احتراق السكر فى الأنسجة مما ينتج عنه الطاقة ، كما أنه يؤدي إلى تحول السكر إلى أحماض دهنية ثم تحول إلى دهون مخزنة .

ونقص هرمون الأنسولين يسبب مرض السكر (البول السكرى) الذى يرتفع فيه السكر بالدم ، لدرجة قد يوجد معها فى البول ، ويزداد عدد مرات وكمية التبول ، و يصاحب ذلك الشعور بالعطش وشرب الماء بكثرة ، و يفقد الشخص بعضا من وزنه و يصاب بنهم للأكل « يأكل كثيرا » .. ونظرا لنقص الطاقة التى تنتج من احتراق الجلوكوز فإن الشخص يصاب بالوهن والضعف .

الغدد الجنسية

(١) الخصية

تتكون الخصية من عدد كبير من الأنابيب التى تتكون فيها الحيوانات المنوية حيث تتكون من الخلايا المبطنة لهذه الأنابيب ، بينما تفرز الخلايا البينية هرمون التستوستيرون المسئول عن إظهار علامات البلوغ لدى الذكر وهى غلظ الصوت وخشونته وقوة العضلات وانتشار الشعر على الجسم وفى مناطق العانة وتحت الإبط وظهور اللحية كما أنه ينمى الرغبة للجنس الآخر وينشط من عملية انتاج الحيوانات المنوية .

(٢) المبيض

وهما مبيضان داخل الحوض على جانبي الرحم ، و يفرز هرمونين هما الاستروجين (الذى ينتج بواسطة الحويصلة التى بداخلها البويضة) ، وهرمون البروجستيرون (و ينتج بواسطة الجسم الأصفر أى الحويصلة التى كانت بها البويضة لمدة (١٠ — ١٢) يوم كل دورة إذا لم يحدث حمل ، أما فى حالة الحمل فيستمر حتى الشهر السادس) .

و يعمل الاستروجين على نمو الصفات الجنسية الثانوية للأنثى المتمثلة في بروز الثديين واستدارة الأرداف وظهور الشعر في منطقة العانة وتحت الإبطن ونعومة الصوت ، كما ينمى الأعضاء الجنسية الخارجية للأنثى .

بينما يعمل هرمون البروجستيرون على زرع البويضة المخصبة في جدار الرحم ، وينمى المشيمة اللازمة لتغذيتها ، ويمنع حدوث التبويض أثناء الحمل .

ومن خلال عرضنا للجهاز العصبي وجهاز الهرمونات (الغدد الصماء) نلاحظ أن الجهاز العصبي اللاإرادي وجهاز الهرمونات المتصل بالجهاز العصبي يختصان باستمرار الثبات النسبي للبيئة الداخلية للجسم ، بينما يختص الجهاز العصبي العضلي بردود أفعال الفرد تجاه البيئة الخارجية .. ولعل تعاون هذه الأجهزة الثلاثة في إحداث رد الفعل تجاه مواقف الحياة وشدائدها المختلفة وما يصاحبها من تغيرات في الانفعال عملية معقدة جدا ، ولكنها توضح وحدة الفرد نفسيا وجسديا ، وهذا التعاون والتناغم بين هذه الأجهزة الثلاثة هام جدا لحياة الفرد وتكفيه مع البيئة من حوله .



الفصل الخامس

الوظائف النفسية

كما نعلم فإن جسد الانسان يتكون من أجهزة ولكل جهاز وظيفته ، أو وظائفه الخاصة به ، وتتكامل هذه الوظائف فيما بينها كما تتكامل مع وظائف الأجهزة الأخرى لتكون وحدة الجسد المتكاملة الوظائف ، والنفس كما ذكرنا هي محصلة نشاط المخ ، أى أنها مجموعة الوظائف العليا للدماغ ، وهذه الوظائف يكتشفها غموض النفس وتعقدها وحين يتناول العلماء وظائف النفس بالدراسة فإنهم يبرزونها بشكل متشابك غير متسلسل يصعب فهمه خاصة للمبتدئين في مجال دراسة النفس ، وهذا مادعانى بعد طول معاناة لوضع هذا التصنيف لوظائف النفس حتى يتيسر فهمها بشكل متكامل و بأقل قدر من التشابك والغموض ..

يمكن تقسيم الوظائف النفسية إلى وظائف بسيطة وأخرى مركبة ، وتعتبر الوظيفة البسيطة وظيفة أساسية ، أما الوظيفة المركبة فتتألف من مجموعة من الوظائف البسيطة

أولا : الوظائف النفسية البسيطة وتشمل :-

- | | | |
|-------------|--------------|-------------|
| ١ - الوعي | ٢ - الانتباه | ٣ - الإدراك |
| ٤ - الذاكرة | ٥ - الوجدان | ٦ - التفكير |
| ٧ - الحركة | ٨ - الكلام | |

ثانيا : الوظائف النفسية المركبة :- ومن أمثلتها :

- ١ - الاهتداء (ادراك البيئة) (Orientation)

- ٢ - التعلم ٣ - الذكاء ٤ - الحكم على الأمور

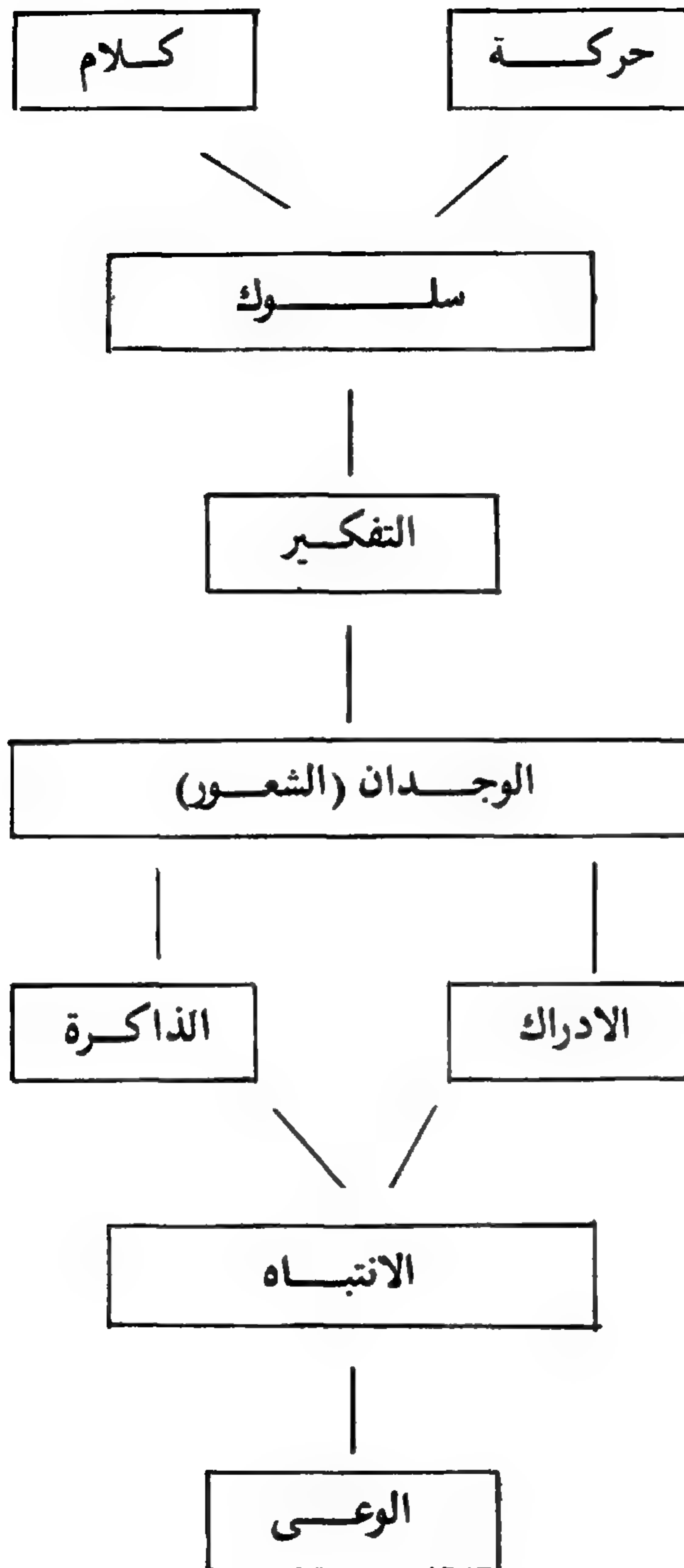
وسوف نذكر تفصيلا يوضح رؤيتنا لكل منها :

أولا : الوظائف النفسية البسيطة :-

عندما تكون جالسا في مكان ما و يقبل عليك صديق عزيز لم تلتق من فترة طويلة ، فإنك تنهض للترحيب به بحرارة تتناسب مع مكانة هذا الصديق لديك ، فقد تصافحه وتقبله وتنطق بكلمات الترحيب والاشتياق لمثل هذا اللقاء .. ولكن هذا السلوك الترحيبي لم يحدث فجأة ولكن سبقته عمليات عقلية (نفسية) ، تبدأ بأنك كنت في حالة وعى ، فلو كنت فاقداً للوعى بسبب غيبوبة أو نوم لما بدأت العمليات العقلية التي عبرت عنها بسلوك الترحيب ، ومن هنا كانت الوظيفة الأساسية الأولى هي الوعي (Consciousness) .. ودعنا نفترض أنك كنت جالسا في حالة وعى ولكنك كنت متجها بوعيك إلى شيء آخر تطلبه بين يديك ، فإن انشغال وعيك بالشئ الذي بين يديك سوف يحجب عنك رؤية الصديق ، وبالتالي لن تبدأ العمليات العقلية التي انتهت بسلوك الترحيب ، وانشغال الوعي عن الصديق هو عدم الانتباه إليه ولذا فالوظيفة الأساسية الثانية هي الانتباه (Attention) ، ونظرا لأنك في حالة وعى وانتباه موجه إلى صديقك ، فإن صورته سوف ترسم على شبكية عينيك وتنتقل إلى مخك الذي سوف يدرك أبعاد هذه الصورة و يفهم أن القادم رجلا مواصفاته كذا وكذا ، وذلك طبقا للخبرة السابقة

بالألوان والأطوال والأحجام إلى غير ذلك من التفاصيل وهذا هو الإدراك (Perception) وهى الوظيفة النفسية الثالثة ؛ ولكن هذه التفاصيل المدركة لمواصفات الصديق تتم مضاهاتها بالخبرة السابقة المخزنة فى عقلك ، فتقفز المعلومات المخزنة عن هذا الصديق إلى بؤرة الانتباه ، فتذكر اسمه ومهنته وآخر لقاء بينكما ، إلى غير ذلك من الذكريات التى تربطك به ، وهذه هى الوظيفة النفسية الرابعة التى نطلق عليها الذاكرة (Memory) ؛ ونظرا لأن هذا الصديق عزيز لديك فإنك لاشك سوف تسر لرؤيته ، وهذا السرور شعور داخلى لديك وجزء تعبيرى يظهر عليك (فى تعبيرات الوجه) ، والشعور الداخلى وما يصاحبه من تعبير خارجى نطلق عليهما معا وظيفة الوجدان (Mood) ، وهى الوظيفة النفسية الخامسة ؛ ولاشك أن مشاعرك السارة سوف تتحول إلى أفكار تناسب هذا الموقف السار ، وتكون عن أسلوب الترحيب ، هل سوف تنهض لملاقاته بالأحضان ؟ أم سوف تحييه وأنت جالس ؟ هذه الأفكار تمر بذهنك فى إطار الوظيفة السادسة وهى التفكير (Thinking) ؛ أما السلوك النهائى من حركة النهوض لملاقاته واحتضانه أو مصافحته فهى وظيفة الحركة (Motility) ، وكلمات الترحيب هى وظيفة الكلام وهما سابع وثامن الوظائف النفسية .. وسوف نطرح الآن افتراضا يؤكد وحدة الوظائف النفسية ، فلو فرض أن الشخص المقبل لم يكن صديقا ولكنه كان شخصا غير مقبول لديك وبينكما سوء تفاهم أو مشكلة متفاقمة ، فإن وعيك وانتباهك سوف يؤديان إلى ادراكه ، وسوف تذكر ما بينكما من سوء تفاهم ، فيتولد شعور داخلى مناسب هو الضيق والكدر و ينعكس هذا فى تعبير وجهك ، وتكون الأفكار الداخلية عدائية ، ويكون السلوك المحركى مطابقا لأفكارك عدائيا فتشيع بوجهك عنه أو تتأهب حركيا لعراك معه ، كما يكون الكلام عدائيا أيضا يعكس تلك الأفكار ، وشكل رقم (٢) يبين تسلسل هذه الوظائف .

من هذا العرض لطبيعة المواقف يتضح ترتيب الوظائف النفسية وكيف تبنى كل منها على ما يسبقها من وظائف ، وفى الصفحات التالية سوف نعرض لكل من هذه الوظائف بشيء من التفصيل .



رسم توضيحي لتسلسل الوظائف النفسية البسيطة
شكل رقم (٢)

١ - وظيفة الوعي

ويعرف الوعي بأنه حالة اليقظة اللازمة لادراك الشخص لنفسه وما حولها^(٨) وحالة اليقظة هذه تنظم بواسطة الجهاز المنشط الشبكي ، حيث أن زيادة نشاطه تمنع حدوث النوم ، بينما نقص نشاطه لا يؤدي مباشرة إلى حدوث النوم .. ويتكون الجهاز المنشط الشبكي من تجمع من الخلايا والألياف العصبية الموجودة في أعلى جذع الدماغ ، ويرتبط بمهاد المخ حيث تأتي المثيرات القادمة إلى الجهاز العصبي عبر الحواس الخمسة ، ثم تنتشر هذه المثيرات من الجهاز المنشط الشبكي إلى جميع قشرة المخ ، التي ترسل بدورها نبضات عصبية إلى التكوين الشبكي ، ومن ذلك يظهر دور المثيرات الخارجية في تنشيط بعض مراكز الدماغ (الجهاز المنشط الشبكي) والمحافظة على حالة اليقظة (حالة الوعي) بل وزيادتها أحيانا ، بالإضافة إلى ما تنقله المثيرات عن البيئة الخارجية للجهاز العصبي ، أي أنها تقوم بوظيفة معرفية أيضا ، بينما نقص المثيرات أو ثباتها في النعومة والايقاع لفترة يقلل من اليقظة ويوصل لحالة النوم ولقد لوحظ أن تنبيه أجزاء معينة من قشرة المخ (التلفيف الصدغي العلوي والسطح الحجاجي من الفص الجبهي)^(٩) يسبب زيادة النشاط الشبكي وموجات تخطيط الدماغ الكهربى ، ويوقظ حيوان التجارب من نومه ، رغم أن تأثير نفس الاثارة على حيوان متيقظ لا يذكر ، كما لوحظ أن اثارة مناطق أخرى من قشرة المخ لا ينتج عنه نفس التأثير مهما بلغت شدة المثير ، وذلك يعنى أن مسارات معينة تمر من القشرة إلى التكوين الشبكي ، وعن طريقها يمكن للأحداث داخل القشرة أن تسبب حالة اليقظة ، وهذا قد يكون هو المسئول عن استجابات اليقظة المصاحبة للانفعالات وما إليها من ظواهر نفسية تحدث في غياب المثيرات الخارجية ، كالأرق الذى يحدث في حالات القلق ، حيث يزداد نشاط الجهاز السمبتاوى المصاحب بزيادة افراز الأدرينالين والنورأدرينالين المسئولين عن حالة

(٨) هناك استخدام آخر لكلمة «وعى» (Conscious) وتعنى وعى الشخص بمشاعره واتجاهاته ونزعاته وإرادته .

(٩) Orbital surface of the frontal lobe, Superior temporal gyrus.

اليقظة (الأرق) ، فلقد لوحظ أن حقنهما يسبب حالة اليقظة ، وذلك عكس السيروتونين الذى له دور فى إحداث النوم ، وقطع المسارات المخية الخاصة به يؤدي إلى حالة الأرق .

ولذلك خلص بعض الدارسين إلى أن حالة الوعي (اليقظة) يلزم لها شيان :-

- ١ - وجود حد أدنى من نشاط الجهاز المنشط الشبكي .
- ٢ - تصريف النشاط العصبى للمخ فى الاتجاهات السليمة ، فمن المعروف أنه أثناء النوبات الصرعية الكبرى يكون نشاط المخ أكثر من الطبيعى عدة مرات برغم أن المريض يكون فاقد الوعي .

النوم :-

وهو حالة من فقدان الوعي التى يستطيع الشخص أن يفيق منها بمثير مناسب . ولقد لوحظ أن النوم عبارة عن سلسلة من المراحل المتكررة تبدأ بفترة الدخول فى النوم وفيها تقل الاستجابة للمؤثرات الخارجية وترتخى العضلات وتزداد موجات ألفا (١٠) فى تخطيط الدماغ الكهربائى ، ومدة هذه الفترة عشر دقائق فأقل ، وإذا أوقف الشخص خلالها لا يذكر أنه نام .. ثم يبدأ النوع الأول من النوم والمعروف بالنوم بطيء الموجة أو النوم غير المصاحب بحركة العين السريعة ، وهذا النوع مقسم إلى أربعة مراحل يتدرج عمق النوم خلالها بالترتيب ويختلف إيقاع موجات الدماغ التى تظهر فى تخطيط الدماغ الكهربائى فى كل منها ، ففي المرحلة الأولى تسود موجات ألفا ، وفى الثانية تظهر الموجات المغزلية السريعة الإيقاع (١٢ - ٢٤ / ثانية) ، وفى الثالثة يبطئ إيقاع المخ بظهور موجات ثيتا (التى يتراوح إيقاعها بين ٣ و ٧ فى كل ثانية) وموجات دلتا (التى يتراوح إيقاعها بين ١ و ٣ موجات فى كل ثانية) وأحيانا يتخللها ظهور بعض الموجات المغزلية ، أما المرحلة الرابعة فيبطئ فيها نشاط المخ إلى أدنى معدل حيث تظهر موجات دلتا البطيئة التى قد تقل إلى حد ظهور موجة واحدة فى كل ثانية ..

(١٠) موجات ألفا : عبارة عن موجات تعبر عن النشاط الكهربى للمخ وهى من (٨ - ١٢ موجة / ثانية) .

ومن المرحلة الرابعة يعود الشخص إلى الثالثة فالثانية فالأولى ، ومنها ينتقل إلى النوع الثانى من النوم الذى يسمى بالنوم المصاحب بحركة العين السريعة (١١) وذلك بعد فترة (٧٠ - ١٠٠ دقيقة) من بدء النوم ، ولا تزيد فترة النوم المصاحب بحركة العين السريعة عن عشرة دقائق ، ومنها يعود الشخص إلى المرحلة الأولى (من النوع الأول من النوم) ، حيث تبدأ دورة ثانية من دورات النوم يتكرر فيها ما حدث فى الدورة الأولى ، وتتشابه الدورات عدا الجزء الأخير من الليل (النوم) الذى تطول فيه فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة .

وتوجد نظريتان لتفسير ظاهرة النوم :-

- ١- أن النوم عملية سلبية يحدث عند الاجهاد العصبى لآليات الاستيقاظ .
- ٢- أنه توجد مراكز نشطة فى المخ ترسل إشارات إلى الجهاز المنشط الشبكي لتثبيطه فيحدث النوم .
- ٣- وهناك نظريات كيميائية تحاول تفسير ظاهرة النوم أيضا أهمها :-

(١) لوحظ وجود مادة فى دم الحيوان الذى حرم من النوم لعدة أيام وفى السائل الشوكى المخى (C.S.F) ، وعند حقن هذه المادة فى حيوان آخر فإنها تؤدي إلى نومه .

(٢) أن إتلاف المسارات السيروتونية أو المنطقة المفرزة له (فى المنطقة المتوسطة من جذع الدماغ) يسبب أرقا ، ولذا يعتقد أن السيروتونين ضرورى لحدوث النوم ، كما لوحظ أن العقاقير التى تقلل السيروتونين تؤدي إلى الأرق أيضا .

(٣) لوحظ أن إتلاف الجزء المسمى الموضع الأزرق (Locus Ceruleus) يمنع حدوث النوم المصحوب بحركة العين السريعة ، والمعروف أن هذه المنطقة تفرز

(١١) يتميز النوم المصحوب بحركة العين السريعة باتصاله بنشاط الأحلام و يصعب إيقاظ الفرد أثناءه ويختل انتظام ضربات القلب والتنفس ، وتحدث انقباضات عضلية غير منتظمة (مثل حركة العين السريعة) رغم ارتخاء العضلات التام ، ويرتفع ضغط الدم و ينتصب القضيب ، وتكون موجات تخطيط الدماغ الكهربائى خلال هذا النوع من النوم غير منتظمة منخفضة الجهد وتشبه بعض حالات اليقظة .

النوارد رينالين ومن ذلك استنتج بعض الدارسين أن السيروتونين مسئول عن النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة ، بينما يتم النوم المصحوب بحركة العين السريعة بواسطة الكاتيكولا مين .

وللنوم تأثير هام على الجهاز العصبى وعلى الجسم كله ، فالحرمان من النوم لفترات طويلة يؤثر على الانتباه بالنقص و يؤدي إلى أخطاء الادراك وقد تحدث هلاوس أو توهان مؤقتة ، مع البطء فى الحركة ورعشة اليدين وحساسية زائدة للألم ، وتكاسل القلب والرئتين وذلك لزيادة نشاط الجهاز نظير السمبتاوى ، فيقل ضغط الدم ومعدل النبض وتتسع الأوعية الدموية الجلدية ، ويزيد نشاط الجهاز الهضمى ، وترتخى العضلات تماما و يقل معدل الأيض .. ومن ذلك نلاحظ حاجة الإنسان للنوم خاصة النوع المصحوب بحركة العين السريعة التى تكثر خلاله الأحلام .

الأحلام :-

تعد الأحلام أحد الظواهر النفسية الهامة التى تحدث أثناء النوم ، والحلم عبارة عن صورة عقلية متسلسلة يدركها النائم ... و يرى المحللون النفسيون أن الحلم يحقق اشباعا رمزيا للرغبات ومن ثم فهو طريق للتفريغ يلعب دورا فى التوازن النفسى ، وللحلم محتوى ظاهر من الأفكار والخيالات والأحداث كما يذكره الشخص الحال ، كما له محتوى كامن يتكون من الرغبات المكبوتة التى يتم التعبير عنها بطريقة غير مباشرة فى المحتوى الظاهر .. والإنسان يحلم كل ليلة ينامها دون استثناء ولكن الغالبية العظمى من هذه الأحلام تنسى بمجرد الاستيقاظ من النوم .

وترتبط الأحلام أكثر بالنوم المصحوب بحركة العين السريعة ، و يفسر ذلك البيولوجيون بأن هناك نبضات تخرج من المنطقة السقيفية ذات الخلايا العملاقة (١٢) تثبط النبضات القادمة من الجسم الركبى الجانبي (Lateral geniculate body) و يظل هذا التثبيط فى حالة اليقظة وفى النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة ويختو مباشرة قبل النوم المصحوب بحركة العين السريعة ، بما

يسمح لنبضات المنطقة السقيفية أن تصل إلى الجسم الركبى الجانبى (Lat. geiculate) ، وهى المحطة بين الشبكية وقشرة المخ البصرية حيث تفسر هذه النبضات كأنها قادمة من الشبكية وترى كأحلام .

٢ - وظيفة الانتباه

وهو تركيز حالة اليقظة (الوعى) تجاه مثير معين ، وهو عملية انتقاء إيجابى لمثير أو أكثر من بين المثيرات الداخلية والخارجية التى تتزاحم على مداخل الإدراك للإنسان ، فعندما يكون شخص ما جالساً فى محاضرة فإن صوت المحاضر مثير وصورة المحاضر وهيئته مثير آخر ، والكرسى الجالس عليه الشخص ينقل إحساساً لجسمه كمثير ثالث وملابسه مثير رابع ، والأشخاص المحيطين به مثيرات أخرى ، وقد يكون الشخص جائعاً ويشكل الجوع مثيراً أيضاً ، ومع وجود كل هذه المثيرات إلا أن الشخص يركز وعيه تجاه صوت المحاضر دون غيره من المثيرات .. ويمكن للشخص أن يركز على أكثر من مثير فى نفس الوقت ، وذلك مثل السائق الذى يقود عربة ويتحدث إلى شخص يجلس إلى جواره ، فهو ينتبه لمحدثه فى نفس اللحظة التى يقود فيها السيارة بطريقة آلية ، ولا يستطيع الإنسان أن ينتبه لمثيرين يحتاجان لدرجة عالية من التركيز فى نفس الوقت ، كأن يحاول التركيز فى حل لغزين رياضيين فى نفس اللحظة .. والانتباه إما أن يكون أولياً : ويقصد به الانتباه اللاإرادى الذى يتم تلقائياً دون إرادة من الشخص و يطلق عليه الانتباه الغريزى أو المنعكس (reflexive) ، كالانتباه لصوت طلق نارى مفاجئ أو لصوت ينطق اسمك بشكل مفاجئ ، أو ثانوياً : وهو الانتباه الإرادى حيث يوجه الشخص يقظته تجاه مثير معين بإرادته ، كالانتباه لصوت المحاضر دون غيره من المثيرات .

وهناك عوامل داخلية تؤثر فى الانتباه منها كون المثير يلبي احتياجاً بيولوجياً ، مثل السجائع الذى تجذب انتباهه رائحة الشواء ، أو يوافق رغبة الشخص ، كالمراهق الذى يجذب انتباهه صورة فتاة حسنة ، وهذه العوامل الداخلية أهم فى توجيه الانتباه من العوامل الخارجية المتمثلة فى نوع المثير (فالصورة تجذب الانتباه أكثر من الصوت) ، وشدة المثير (فالصوت المرتفع يجذب الانتباه أكثر من الصوت

(الخافت) ، ومكان المثير (فالمثير المواجه أكثر جذبا من المثير الجانبي) ، كما أن وضوح ألوان المثير وظهوره المتقطع من العوامل الخارجية التي تجذب الانتباه. وللانتباه شقان أحدهما حسي حيث يتركز الوعي على المثير لاستقباله عن طريق الحواس ، والشق الآخر معرفي يتركز على فهم المثير واستيعابه وربطه بالخبرة السابقة وتخزينه في الذاكرة.. ويعتبر التأمل أحد أشكال الانتباه المركز في اتجاه مثير معين مستبعدا المثيرات البيئية الأخرى ، ويدعى من يزاولون التأمل أنه يؤدي إلى وضوح الفكر.. والمسئول عن وظيفة الانتباه هي نفس الأجزاء من الجهاز العصبي المسئولة عن وظيفة الوعي ، أي الجهاز المنشط الشبكي وقشرة المخ ، حيث ينقى الجهاز المنشط الشبكي المعلومات (المثيرات) القادمة عبر الحواس الخمسة.. وعلاج اضطراب نقص الانتباه لدى الأطفال بالمنشطات أدى إلى افتراض أن الانتباه يتم بواسطة الكاتيكول أمينات (الدوبامين والنورأدرينالين) ، والقشرة قبل الجبهية تشترك عن طريق المسارات الدوبامينية .

٣- الإدراك

يعرف الإدراك بأنه فهم المثيرات بناءا على الخبرة ومن ثم فإنه يشمل عمليتي استقبال المثير وفهمه و يزود الإدراك المخ بالمعلومات والتغيرات الداخلية والخارجية ليؤدي وظائفه بكفاءة ، ويعتمد الإدراك على الوعي والانتباه.. ويقسم الإدراك إلى :-

١- ادراك حسي (Sensory Perception)

٢- ادراك يتعدى حدود الحواس (Extra — Sensory Perception)

أولا : الإدراك الحسي : ويشمل الفهم لجميع المثيرات القادمة عبر الحواس وهي إحدى عشرة حاسة - البصر - السمع - التذوق - الشم - اللمس (ويشمل التلامس واحساس الضغط والدفع والبرودة والألم) والاحساس بالحركة واحساس الوضع أو التوازن .

ويقسم الإدراك الحسي حسب الحاسة التي تستقبله إلى :-

١- الإدراك البصري : أي فهم المثيرات المستقبلية بطريق البصر ، حيث تنقل الصورة من شبكية العين عبر العصب البصري فالمسارات البصرية إلى مراكز

الادراك البصرى فى الفص القفوى من قشرة المخ ، الذى يرتبط بدوره بالذاكرة البصرية فيعطى للمثير معناه طبقا للخبرة المختزنة فى الذاكرة .

٢- الادراك السمعى : حيث يتم استقبال المثير (الصوت) من الأذن عبر العصب السمعى والمسارات السمعية إلى مراكز السمع فى الفص الصدغى المرتبط بالذاكرة السمعية حيث يتم إعطاء معنى للمثير .

٣- الادراك التذوقى : ويتم نقل المثير (المذاق) إلى الأعصاب الناقلة له وهى الوجهى (السابع) والبلعومى اللسانى (التاسع) والحائر (العاشر) حيث يجتمع فى المهاد ثم ينتقل إلى القشرة الحسية فى الفص الجدارى للمخ ، ويتم فهم المذاق بالاشتراك مع الذاكرة الخاصة به .

٤- الادراك الشمى : ويتم بنقل المثير الشمى (الرائحة) إلى العصب الشمى إلى مركز الشم بقشرة المخ من الفص الصدغى فتفهم الرائحة وتعطى معنى بناء على الخبرة السابقة أى الذاكرة الشمية

٥- الادراك اللمسى : حيث تعطى اللموسات معنى بناء على خبرة سابقة .

ويمكن للشخص أن يستقبل أكثر من مثير فى نفس الوقت كالطعام وقت تناوله يكون مثيرا بصريا وشميا وتذوقيا ولمسيا .

وتتم عملية الادراك الحسى باستقبال المثير وتحوله بواسطة جهاز الحس المستقبل الى تغيرات كهربائية (نبضات عصبية) تنقل عبر المسارات العصبية إلى المنطقة الخاصة بها من قشرة المخ ، حيث تترجم هذه النبضات بمساعدة القشرة الترابطية والذاكرة الخاصة بالاحساس المُدرك ، ولا يمكن أن يُغفل دور التكوين الشبكي فى المخ الذى يقوم بتنقية المثيرات القادمة إلى قشرة المخ والحفاظ على درجة اليقظة الموجهة للمثير (الوعى والانتباه) واللازمة لاتمام الادراك .. وهناك وقت بين ظهور المثير والتعرف عليه بواسطة الشخص المُدرك يسمى وقت الادراك ، وهو الوقت المستغرق خلال انتقال النبضة العصبية من جهاز الاستقبال إلى المراكز المناسبة فى المخ .. ولكن هناك وقت آخر أكثر أهمية وهو الوقت اللازم للتغلب على الحاجز الانفعالى المحدد للادراك الذى يعد حاجزا يحمى الشخص ضد الإثارة الصدمية التى قد تحدث نتيجة للادراك .

الحرمان الحسى (Sensory Deprivation) :-

إذا تم وقف المثيرات الخارجية فإن الإدراك الحسى يتوقف و يسمى ذلك بالحرمان الحسى ، الذى ينشأ عنه اضطراب الجهاز العصبى نظرا لنقص نشاط التكوين الشبكى (الذى يقوم بتنقية الجهاز العصبى من المثيرات الداخلية) فيختل الإدراك و يسيطر الخيال على ادراكات قشرة المخ .. وتلاحظ هذه الاضطرابات الادراكية الناشئة عن الحرمان الحسى فى السجون الانفرادية والمعتقلات السياسية وسجون أسرى الحرب ، كما تلاحظ فى مجال الطب بعض حالات الحرمان الحسى مثل فقد السمع أو البصر لدى بعض المسنين ، أو الحرمان البصرى عقب العمليات الجراحية للعينين ، والذى يترتب عليه ظهور هلاوس (ادراك بدون مثير) كروية أشياء ليست موجودة أو سماع أصوات ليس لها وجود حقيقى .

العوامل التى تؤثر فى عملية الادراك :-

ان ادراك الانسان للمثيرات من حوله محدود بامكانيات أجهزة الحس لديه ، فهو لا يسمع كل الأصوات التى حوله ، حيث توجد طبقات عالية من الأصوات لا يمكن للانسان أن يسمعها رغم أن الخفاش يسمعها ، كما أن الكلاب تستطيع شم الروائح التى لا يدركها الانسان ، وهذا تكيف خاص فى هذه الكائنات ، يشبه التكيف الذى يحدث لمكفوفى البصر فى حاستى اللمس والسمع كتعويض عن حاسة البصر المفقودة .

وكما يتأثر ادراك الانسان بخبرته الماضية بالمثير فإنه يتأثر بمشاعره الداخلية تجاه المثير ، فادراكنا لشيء نفضله أيسر بكثير من شيء آخر لا نفضله ، وحالة الشخص الانفعالية تؤثر فى ادراكه للأشياء ، فالشخص المسرور يرى الحياة مشرقة زاهية ، بينما يراها الحزين سوداء قائمه ، وتؤثر الحالة البيولوجية فى الادراك فالجائع يدرك رائحة الطعام أسرع من غيره ، ويتأثر الادراك بعملية الإيحاء (Suggestion) خاصة للأشخاص القابلين للإيحاء ، حيث يدركون ما يوحى به الآخرون لهم ، فإذا أوحيت لشخص من هؤلاء بأنه سوف يشاهد عفريتاً فى حجرة مظلمة فإنه لا يلبث أن يرى ذلك .. والتتويم (Hypnosis) ما هو

إلا إحياء يوجه للشخص المراد تنويمه لإيصاله إلى درجة من تناقص الوعي والخضوع لارادة النوم .

ثانيا : الادراك المجاوز لحدود الحواس :-

وهو أحد الظواهر الميتا سيكولوجية التي لا تخضع لقوانين الطبيعة ، والذين يؤمنون بالادراك المتعدى لحدود الحواس يرون أن هناك تفسيراً لذلك قد يكشف عنه يوماً ما .. ولكن الملاحظ أن ما يسجل في هذا المجال يرد بصورة عشوائية متجاهلا الطرق المنهجية ، مما لا يمكن معه استبعاد عوامل الصدفة والاستنتاج العقلانى والادراك الحسى الحاد ، كما لا يمكن استبعاد الغش والتزييف في رصد هذه الظواهر .

الذاكرة

وهى تسجيل الأحداث واستدعائها عند اللزوم ، وتتكون من ثلاث مراحل هى الانطباع (التسجيل) والتخزين والاستدعاء ، فعندما تقابل شخصا ويخبرك باسمه يتم ادراك المعلومة التى ينقلها صوته وتسجل فى ذاكرتك ، وهذه هى مرحلة التسجيل التى يتحول فيها الصوت إلى شفرة تسجل بمركز الذاكرة فى المخ ، وتمضى فترة إلى أن تقابل نفس الشخص ثانية وهذه مرحلة تخزين المعلومة ، وعند مقابلتك له ثانية فإنك تستحضر اسمه فى ذهنك وتناديه به ، وهذا هو استدعاء المعلومة .

وللذاكرة أنواع تقسم حسب عمق الانطباع ومدة التخزين ، فالانطباع الأولى عن المعلومة دون ادراكها تماما هو ما يسمى بالذاكرة الحسية (Sensory Memory) ومدة اختزانها تقل عن ثانية واحدة ، وذلك ما لم يتم نقلها فورا إلى نوع آخر هو الذاكرة قصيرة الأمد (Short—Term Memory) بتركيز الانتباه أكثر على المعلومة وادراكها فتتحول المثيرات إلى معانى يمكن حفظها لمدة تقل عن دقيقة (عدة ثوان) ، أما إذا حدث ادراك أكثر للمعلومة وفهم أكثر بناءا على الخبرة السابقة ، فإنها تنقل إلى مخزن الذاكرة طويلة الأمد (Long Term Memory) ونحن نلاحظ أن هناك كم هائل من المعلومات يدخل إلى حواسنا (عن طريق العين والأذن والأنف والتذوق والجلد) وكلها معلومات خام لا يتم ادراكها كلها ادراكا كاملا ، وعدم الانتباه إلى أى معلومة منها يجعلها

لا تتجاوز مدى الذاكرة الحسية فتتلاشى في أقل من ثانية ، بينما الانتباه الجزئي يعطى فهما جزئيا ينقلها إلى مخزن الذاكرة قصيرة الأمد حيث تخزن لعدة ثوان ، بينما الانتباه الكامل والادراك الكامل والربط بالخبرة السابقة وما يصاحب ذلك من تجريدات ينقل المعلومة للذاكرة طويلة الأمد فتخزن في الذاكرة للأبد .

وتشير الدراسات إلى أن مناطق الذاكرة في المخ هي الفص الصدغي من قشرة المخ والأجسام الحلمية في المهاد والجهاز الطرفي ، إلا أن تخزين المعلومة يتم في المنطقة التي ترد إليها ، فالصورة تدرك بالقشرة البصرية من المخ وتخزن بها ، وكذلك الصوت يتم ادراكه بالقشرة السمعية ويخزن بها وهكذا ، أما الذاكرة المركبة (من بصرية وسمعية وشمية وتذوقية ولمسية معا) فتخزن مكوناتها كل في مكانه من المنطقة الواردة إليها ، وعند استدعائها يلعب الارتباط بين مناطق قشرة المخ المختلفة دورا في الاستعادة المتكاملة .

ولوحظ أن للأحماض النووية دوراً في عملية التذكر خاصة حمض ر. ن. أ (الرنا) (R. N. A) حيث يوجد حمضان نوويان في الخلية أحدهما د. ن. أ (الدنا) (D. N. A) وهو موجود في نواة الخلية ويحمل الجينات الوراثية ولا يترك النواة إطلاقاً ، بينما الحمض النووي الآخر وهو ر. ن. أ (الرنا) (R. N. A) يتحرك إلى خارج النواة إلى السيتوبلازم حيث يتحكم في نشاط الخلية وله دور في وظيفة الذاكرة ، ولقد دعمت هذه الملاحظة بثلاثة أنواع من الدراسات :—

١ — دراسات أجريت على حيوانات تم تعليمها استجابات معينة ، ثم حقنها بمادة تثبط حمض ر. ن. أ ف لوحظ فقد هذه الحيوانات لتلك الاستجابة بعد عملية الحقن :

٢ — لوحظ زيادة هذا الحمض في خلايا معينة بعد اكتساب خبرة معينة خاصة بهذه الخلايا (مثل خلايا الاتزان بعد عملية تعليم فأر المشي على سلك للوصول إلى غذاء) لوحظ زيادة نسبة الحامض (الرنا) بها .

٣ — نقل حامض الرنا من حيوان لآخر أدى إلى نقل نفس الاستجابات إلى الحيوان المنقولة إليه ، فأصبح يستجيب استجابات لم يسبق له أن تعلمها ، وعندما تم حقن هذا الحيوان بالمادة المثبطة لحامض الرنا فقدت هذه الاستجابات ؛ وهناك عوامل تؤثر في الذاكرة أهمها :—

١- الانتباه : كما سبق أن أشرنا للانتباه دور هام في نقل المعلومة من الذاكرة الحسية إلى الذاكرة قصيرة الأمد ، وزيادة الانتباه للمعلومة يؤدي إلى ادراكها أكثر وربطها بالخبرة السابقة وهذا ينقل المعلومة إلى الذاكرة طويلة الأمد .. كما أن الانتباه ضروري لعملية الاستدعاء من مخزن الذاكرة .

٢- الادراك الواضح للمعلومة وربطها وتصنيفها طبقا للخبرة السابقة .

٣- نوع الانفعال المصاحب للمعلومة ، فالفرد ينسى الخبرات المؤلمة بينما يتذكر الخبرات السارة .. كما أن القلق وقت استدعاء المعلومة قد يعوق تذكرها .

٤- الربط والتصنيف والتجريد للمعلومة طبقا للخبرة السابقة يحفظها لمدى أطول ويسهل استدعائها .

ومرعاة هذه العوامل يحسن من عملية تسجيل المعلومات واستدعائها .
و يلاحظ أن المعلومة بعد أن تسجل وتدخل إلى الذاكرة طويلة الأمد قد تنسى بعد فترة من الزمن ، ويفسر هذا النوع من النسيان بوحدة من النظريات الثلاثة الآتية :-

١- نظرية التآكل (أو الضمور) : وتفترض أن المعلومة تضمحل إذا لم نستعملها بصفة مستمرة كالعضلة التي تضمحل بسبب عدم استعمالها ، ولكن يناقض هذه النظرية قدرة الأعمى على تذكر ما رآه قبل العمى .

٢- نظرية التداخل : ويحدث التداخل إما بطريقة الكف الراجع (retrospective inhibition) حيث تتداخل معلومة جديدة لتعوق استدعاء معلومة قديمة أو بطريقة الكف اللاحق (Prospective inhibition) حيث تتداخل معلومة قديمة في تسجيل معلومة جديدة .

٣- نظرية الكبت : وتفسر طبقا لنظرية التحليل النفسي ، فالكبت أحد الحيل الدفاعية التي بها يتخلص الشخص من الخبرات غير المرغوبة بدفعها إلى دائرة اللاشعور .

ونحن نلاحظ أن ما يسرنا نحب أن نتذكره في عملية تشبه الاجترار لدرجة يتم معها تثبيته وتدعيمه في الذاكرة ، بينما ما يسيئنا لا يحدث له هذا الاجترار ، لذا يعتريه الضمور ، وهذا ينطبق على مكفوف البصر الذي يجتر ما سبق أن رآه في

صورة تخيلات تجعله يذكر هذه الأشياء رغم مرور وقت عليها دون رؤيتها .. كما أن المكافأة تسبب سرورا يجعل الانسان يرغب في تكرار الخبرة لتكرار اللذة الناجمة عنها ، فيكرر الموقف اجترارا أو واقعا بما يساعد على تدعيمه .

٥ - الوجدان

وهي وظيفة تصف الحالة الداخلية للفرد التي نطلق عليها الشعور (١٣) وما يصاحبها من تغيرات فسيولوجية داخلية وخارجية والتي تسمى بالانفعال (١٤) . ولذا فالوجدان يتكون من شقين أحدهما خارجي (١٥) يلاحظه الآخرون المحيطون بالشخص ، بينما الشق الآخر داخلي لا يمكن ملاحظته ولكنه خبرة ذاتية .. أما الحالة الوجدانية (Mood) فتصف الانفعال الذي يبقى لفترة و يلون أفكار الشخص وسلوكه تجاه العالم من حوله ، وهي حالة مؤقتة إذا قورنت بمزاج الشخص المميز (Temperment) الذي يعتبر التهيئة الانفعالية المتأصلة لدى الشخص فتجعله يتفاعل بطريقة معينة مع المثيرات والمواقف و يتحدد مبكرا في حياة الفرد ، ويمكننا أن نشبه الحالة الوجدانية بالطقس الذي يصف تغيرا مؤقتا في حالة الجو، بينما نشبه المزاج بالمناخ الذي يصف حالة شبه دائمة من الحرارة والبرودة .

ومراكز الوجدان في الدماغ هي الجهاز الطرفي (الانفعالي) وقشرة المخ ، حيث يستقبل المثير عبر الحواس وتتم المعلومات الخاصة به إلى قشرة المخ المناظرة (حسب نوع المثير بصرى أو سمعى ... الخ) فيتم ادراكه ، و يؤدي الارتباط بين مناطق قشرة المخ المختلفة إلى بعث كل الذكريات المرتبطة بالمثير، كما ترسل في نفس الوقت إشارات إلى الجهاز الانفعالي لإحداث الحالة الانفعالية المناسبة ، ويلعب المهيد كأحد أجزاء الجهاز الانفعالي والمتحكم في نشاط الجهاز العصبى المستقل (سمبتاوى ونظيره) دورا هاما في الانفعال ، فينشط الجهاز السمبتاوى

(١٣) الشعور (Feeling): هو الخبرة الذاتية التي يدركها الفرد كحالة داخلية مثل السرور والحزن .

(١٤) الانفعال (emotion): حالة الحيوية التي تنشأ من التغيرات الفسيولوجية الحادثة كاستجابة لشعور ما وتميل للمحافظة عليه أو إلغائه .

(١٥) التعبير الوجداني (Affect): وهو الانفعال الذي يمكن ملاحظته كتعبير لشعور داخلي .

إذا كان المثير يتطلب إعلان حالة الطوارئ في الجسم والاستعداد للقتال أو الهرب ، و ينشط نظير السمبتاوى إذا كان المثير باعثا على الطمأنينة والاسترخاء ، في نفس الوقت الذى يرسل فيه الجهاز الانفعالى إشارات لقشرة المخ لاحاطتها بمعلومات عن الانفعال الموجود .

ونلاحظ أن الانفعال يتشابه في حالات الخوف والخجل والغضب رغم اختلاف الشعور الداخلى في كل منها ، وذلك لأن ردود أفعال الجهاز العصبى متشابهة ، ومن ثم فإن المحدد لنوع الانفعال هو الشعور أو التفسير الذاتى له . يتأثر الانفعال بحالة الوعى والانتباه والادراك والخبرة السابقة بالمثير (الذاكرة) وللانفعال فوائد أهمها أنه يعد الفرد لمواجهة المثير (بالاستعداد للقتال أو الهرب) ، ويعطى التعبير الانفعالى ترابطا بين الأشخاص وفهما اجتماعيا متبادلا عن طريق المشاركة الوجدانية ، كما أنه يولد شحنة داخلية تعتبر الوجود الداخلى لل رغبات والدوافع الذى ينشأ منها التفكير والسلوك الموجه نحو الأهداف .

٦ - التفكير

يطلق التفكير على عملية التخييل العقلى الداخلى للأفكار دون النطق بها ، ويعتمد التفكير على المفاهيم التى تتكون بدءا من الطفولة عندما يتعلم الطفل خصائص وأسماء الأشياء والأحداث ويخزنها في ذاكرته كى يستخدمها في عملية التفكير الموجه (لحل مشكلة ما) أو غير الموجه .

ويعتمد التفكير على تكوين المفاهيم وفهم المعانى وادراك العلاقات بين الأشياء التى تكتسب من خلال عملية التعلم السابق المتمثلة في الادراك والذاكرة والوجدان الذى تشكل من خلال عمليات التعلم السابقة ، كما يعتمد على الوعى والانتباه ، فلا يمكن لشخص أن يفكر تفكيراً موجهاً هادفاً دون وعى وانتباه ، رغم أن الصورة العقلية قد تحدث دون وعى وانتباه في حالات التفكير غير الهادف كما يحدث في الأحلام التى تحدث أثناء النوم ، ودون انتباه كما في أحلام اليقظة .. ولا يمكن ملاحظة التفكير سواء كان هادفاً أو غير هادف ما لم يصدر سلوك يعبر عنه لغويا كان أو حركيا .. ومن ثم فإن عملية التفكير تعتمد على سلامة مراكز الوعى والانتباه المتمثلة في الجهاز المنشط الشبكي وارتباطه بقشرة المخ ، ومراكز الادراك والذاكرة والارتباط بين مناطق قشرة المخ المختلفة .

و يتطور التفكير عبر مراحل النمو العقلي من الطفولة إلى الرشد حسب اكتساب المفاهيم والقدرة على تصورها واستخدام الرموز وتجريد المعاني ، حيث يعتبر التفكير التجريدي أعلى درجات التفكير .
ونلاحظ أنه عندما يواجه الفرد بمشكلة و يوجه تفكيره لحلها فإنه عادة يمر بالخطوات الآتية :—

١ — التعرف على المشكلة : حيث يكتشف و يبدأ في الاتجاه للتفكير فيها .

٢ — تحديد المشكلة ومعرفة أبعادها وظروفها وملاستها والعوامل المؤثرة فيها .

٣ — تقديم الافتراضات لحل المشكلة .

٤ — اختبار الافتراضات واختيار أنسبها كحل للمشكلة .

وفي مواجهة المشكلة قد يكون الشخص تقليديا يتبع الأساليب والطرق التي اعتادها في خبرته التعليمية السابقة ، وهذا قد يعوق الشخص ويمنعه من الاتيان بالجديد ، فيتجمد إزاء المشكلة التي تتطلب حلا غير تقليديا ، وقد يفكر الشخص بطريقة تباعدية (divergent thinking) فيصل إلى أكثر من حل غير تقليدي للمشكلة ، وهذا يعد شخص مبتكر وقادر على الاتيان بالجديد من الأفكار ، ولا شك أن هذا النوع من التفكير (عندما يصاحبه الذكاء المرتفع) يُفرخ المبدعون والمخترعون ، وهؤلاء قد يوصفون من قبل مجتمعاتهم بالجنون لعدم قدرة المجتمع على قبول الجديد من أنماط التفكير .

٧ — الحركة

وهي ما يتم من انقباض العضلات سواء أحدث ذلك تغيرا في عضو من الجسم فقط أو أحدث تغييرا في البيئة الخارجية .. وللحركة مستويات فإذا كانت مجرد حركة عضلات ومفاصل فإنها تعد حركة بدائية بسيطة مثل حركة إصبع اليد دون هدف أما إذا اتجهت الحركة إلى هدف وأحدث تغييرا في البيئة الخارجية فهذا هو الفعل مثل حركة الإصبع على مفتاح الآلة الكاتبة لكتابة حرف .

وتتم الحركة عن طريق الجهاز الحركى المكون من العضلات والمحكوم بواسطة الجهاز العصبى ، وتكون العضلات حوالى (٧٠ %) من وزن الجسم فى الانسان ، وتزيد هذه النسبة لدى الذكور قليلا ، والعضلات على أنواع ثلاثة :-

١ - **عضلات مخططة :** وسميت كذلك لبروز خطوطها تحت المجهر وهى عبارة عن حزم منتظمة من الألياف العضلية ، وتكون أغلب العضلات الإرادية فى الجسم ، وكلها متصلة بالهيكل العظمى ، وإن كان القليل منها غير متصل بالعظام مباشرة مثل بعض عضلات الوجه ، وأغلب حركات العضلات المخططة محكوم إراديا مثل حركة الكتابة باليد ، ولكن أحيانا تكون حركتها لا إرادية مثل رعشة اليدين والحركات المنعكسة المحكومة بمستوى النخاع الشوكى مثل سحب اليد عند اللسع بالنار أو الوخز بالدبوس .

٢ - **العضلات الملساء :** وهى أقل توازيا فى ترتيب أليافها العضلية ، وتعمل فى الأنشطة اللاإرادية مثل الهضم ، كما توجد فى الأماكن التى تتطلب انقباضا لفترات طويلة مثل العضلة المكونة لفتحة المثانة البولية . وإثارة العصب المحرك للعضلات الملساء ينتج انقباضا أكثر بطئا من العضلات المخططة ، وعند وقف الاثارة تُرَخَّى العضلات ببطء أيضا .

٣ - **عضلة القلب :** وهى عضلة وسط بين المخططة والملساء ، وتوجد فى عضلة القلب فقط ، وتنقبض إيقاعيا حتى بدون إثارة عصبية ، وتنتشر النبضات من المنطقة التى تعد ضابط الإيقاع إلى باقى ألياف العضلة ، وضابط إيقاع القلب هو المنطقة التى يحدث فيها تغير تلقائى فى استقطاب الخلايا يتولد عنه نشاط ضربات القلب ، وهذه المنطقة تبدأ ضربات القلب حتى بدون سيطرة الجهاز العصبى .

كيف تنقبض العضلات ؟

هناك أجزاء انقباضية فى العضلة من البروتين احدهما تسمى الأكتين (Actin) والآخرى تسمى الميوسين (Myosin) تنزلق على بعضها البعض ، حيث يدخل أيون الكالسيوم الليفة العضلية و يسبب رؤوسا جزيئية على خيوط الميوسين التى تتعشق مع خيوط الأكتين وتنشئ معا مقصرة طول العضلة .

وتعد وظيفة الحركة طريقة للتعبير والتواصل بين البشر، فالإيماء بالرأس علامة على الموافقة والتلويح باليد علامة على الوداع، وهكذا فإن حركات الجسم أو أجزائه قد تعطى معانى يفهمها المستقبل لها وهذا ما يسمى بالتواصل غير اللفظى.

٨- الكلام

وهو طريق التعبير اللفظى سواء بالنطق أو الكتابة، ويعد أكثر رقيا في التعبير من الحركة، والكلام وظيفة مكتسبة لها أساس حركى وآخر حسى والتوافق بينهما يخرج الكلام سويا.

والأساس الحركى للكلام يتكون من الحنجرة والبلعوم والفم واللسان واليد وما يتحكم فيها من مراكز عليا، وهى منطقة التلفيف الجبهى الثالث التى تسمى منطقة بروكا (Broca's area) (١٦) وقشرة المخ الحركية، وليست هذه المراكز هى المسئولة فقط عن سلامة وظيفة الكلام ولكن يلزم توافق بين الفصوص الأربعة لقشرة المخ بالإضافة إلى سلامة الارتباط بين نصفى كرة المخ.

أما الأساس الحسى فيتكون من المناطق الحسية فى قشرة المخ والمرتبطة بالفهم والادراك واختزان المعلومات.. ويأتى الكلام كنتاج لعملية التفكير مستخدما الألفاظ التى ترمز لمفاهيم تم ادراكها واختزانها فى الذاكرة..

ولقد نتج عن وظيفة الكلام تكون لغات البشر المختلفة، واللغة عبارة عن مفردات (كلمات) تتكون كل منها من أصوات أساسية أو ما تسمى بالوحدات الصوتية، وتتركب هذه الكلمات معا إلى جمل عبر عملية القواعد التى هى فى تركيب الجملة..

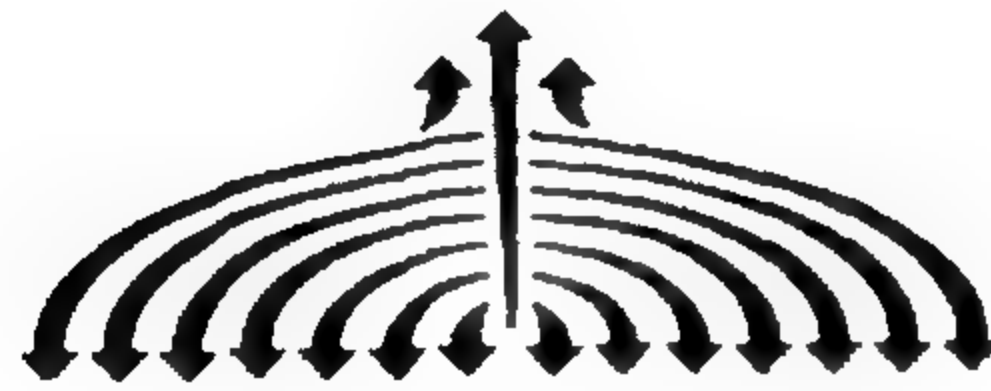
وكما أن اللغة نتاج وانعكاس للتفكير فإن اللغة دور هام فى عملية التفكير، فالمعانى أو المفاهيم التى يكتسبها الانسان لابد وأن يرمز إليها برموز تمكنه من استخدامها فى التفكير والتعبير عنها، والرموز هى الكلمات أو الأعداد أو

(١٦) تقع هذه المنطقة فى نصيف كرة المخ السائد، وسميت (بروكا) نسبة إلى الجراح الذى اكتشفها فى مريض كانت علة فقد التعبير الحركى الكلامى (حبسة حركية).

العلامات ، وتصبح هذه الرموز بمثابة القوالب التى تصب فيها المعانى حتى يمكن الاحتفاظ بها ثم الإفادة منها ، فالمعانى تظل حائرة فى الذهن حتى تستقر فى رموز مناسبة فتثبت وتتبلور ويسهل تذكرها واستخدامها فى التفكير .. فبدون اللغة يستحيل علينا الاحتفاظ بالمعانى أو توصيل هذه المعانى للآخرين .

ثانيا : الوظائف النفسية المركبة :-

وهى الوظائف التى تتألف من أكثر من وظيفة بسيطة فمثلا الاهتداء عبارة ادراك وذاكرة (مثل ادراك الشخص والتعرف من خلال ما هو مخزن بالذاكرة من معلومات عن هذا الشخص) و يشترط لذلك قيام وظيفتى الوعى والانتباه بدورهما ؛ كذلك وظيفة التعلم عبارة عن انتباه للمعلومة يسبقه وعى و يتبعه إدراك للمعلومة وفهم لها ثم تسجيلها واختزانها فى الذاكرة .. أما وظيفة الذكاء فتعد محصلة لعدد كبير من الوظائف النفسية وهى الادراك الذى يلزم له وعى وانتباه ثم ذاكرة وتفكير وحركة وكلام .. من هذا نرى أن الوظائف النفسية البسيطة تتألف معا لتكون وظائف نفسية أكثر تعقيدا هى الوظائف النفسية المركبة .



الفصل السادس

الشخصية (Personality)

بعد أن عرضنا لعلاقة النفس والبدن ثم لوظائف النفس ، فسوف نعرض للشخصية كمحصلة للنفس والجسد ، ومن هذا المنطلق يمكننا أن نعرفها بأنها النمط العام الناتج كسلوك يميز الشخص من حيث صفاته (بما فيها الجسمانية) وعاداته وأفكاره واهتماماته وفلسفته في الحياة .

ولقد كانت الشخصية من الموضوعات ذات الجذب للعديد من الباحثين على اختلاف فلسفتهم واتجاهاتهم ، واستخدموا في ذلك المقابلات (مقننة وغير مقننة) والملاحظات المضبوطة والتجارب والاختبارات ، وخلص كل منهم الى نظرية لفهم الشخصية ، وفي السطور التالية سوف نورد بإيجاز لأهم هذه النظريات :—

١- النظريات البيولوجية :-

أ- الوصفية للبناء الجسماني (نظرية النمط لوليم شلدون) (١٧) :-

الذي خلص إلى أن نمط البناء الجسماني يرتبط بنمط معين من الشخصية ، حيث أن الخصائص الجسمانية الوراثية تحدد الأنشطة التي يميل الشخص لممارستها ، وتشكل توقعات الآخرين منه ، فيلعب غالبا الدور الذي يتوقعه الآخرون .. وقسم الأبنية الجسمانية إلى ثلاث أنماط :-

(١) النمط المكتنز (البدني) (Pyknic) وهو الذي يكثر في تكوينه النسيج الداخلي الحشوي (١٨) و يطلق عليه الاندومورفي (Endomorphic) ، ويكون شخصية دوارية تتأرجح بين السعادة والحزن ، اجتماعي مرح شره في الطعام .

(٢) النمط الرياضي (Atheletic) الذي يكثر في تكوينه النسيج الأوسط (الضام) و يطلق عليه الميزومورفي (Mesomorphic) ، ويكون ذو شخصية متعالية عدوانية ونشيط شجاع ومتسلط .

(٣) النمط النحيل (athenic) الذي يكثر في تكوينه النسيج الخارجي (الجلد والجهاز العصبي) و يطلق عليه الاكтомورفي (Ectomorphic) ويكون ذو شخصية خجولة معزولة مكبوتة .
ولكن الدراسات الحديثة لاحظت أن العلاقة بين البنيان الجسماني وسمات الشخصية علاقة ضعيفة .

ب- (ايزنك) (Eysenk) الفسيولوجية : الذي يرى أن هناك نمطان أساسيان للشخصية أحدهما انبساطي (Extraversion) (E) ، والآخر انطوائي

(١٧) ولیم شلدون (W. Sheldon) (١٨٩٨-١٩٧٧) :-

عالم وطبيب أمريكي عرف ببحثه في محاولة الربط بين الأنماط الشخصية والأنماط الجسمانية ، ولقد تأثر بـ (كرتشمر) الذي اشتهر بدراساته البارزة عن العلاقة بين الاضطراب العقلي والبناء الجسماني .

(١٨) ترتب الأنسجة إلى داخلي وأوسط وخارجي طبقا لوجودها كضرائع ثلاثة أولية في تكوين الجنين ومنها تتكون كل أجهزة الجنين .

(Introvert) ، وأن الانبساط له أساس من النشاط الفسيولوجي حيث تتكون دائرة عصبية تربط الجهاز المنشط الشبكي الصاعد (Ascending Reticular Activating System) مع قشرة المخ والحبل الشوكي و يتميز الانبساطيون بمستوى أدنى من نشاط قشرة المخ والجهاز المنشط الشبكي الصاعد الذي يزداد في الانطويين .

بينما يرى أن الميول العصبية (Neuroticism) لدى الشخصية تبنى أساسا على حلقة تشمل الجهاز المنشط الشبكي الصاعد والجهاز الطرفي (Limbic System) ، و يرتفع مستوى العصبية بارتفاع استثارة الجهاز الطرفي .

ولقد وصف (أيزنك) نمطي الانبساطية والانطوائية طبقا لسمات عامة تصف السلوك السلوك لدى الأشخاص ، فالانبساطى شخص منطلق كثير الحركة والكلام يميل للاستعراض وحب الظهور في المحافل العامة ، سريع في تكوين الصداقات ، قليل التأمل والتفكير أما الانطوائى فهو على النقيض يميل للعزلة والتفكير الكثير قليل النشاط الجسماني غير محب للظهور في المحافل العامة ، يكون أصدقاء بصعوبة ولكنها تكون صداقات على مستوى عميق .

٢ - النظريات الانسانية : (humanistic) :-

ومن رواد المدرسة الانسانية (ابراهيم ماسلو) (١٩) (A. Maslow) (و كارل روجرز) (٢٠) (Carl Rogers) اللذان أشارا إلى أن الدافعية يمكن فهمها في إطار تدرج الحاجات ، فعند المستوى الأدنى تكون غرائز الإنسان وحاجاته في المحافظة على رخائه الجسماني (Basic needs) وبمجرد أن يتم اشباع هذه الحاجات تتجه الدافعية لاشباع الحاجات النفسية والاجتماعية (Metaneeds) مثل الاحترام ، وعند المستوى الأعلى يسعى الشخص لتحقيق ذاته (Self- actualization) واكتساب قمة الخبرة .

(١٩) يعتبر (ماسلو) (١٩٠٨ - ١٩٧٠) أحد رواد المدرسة الانسانية حيث تركزت دراساته عن الحاجات الانسانية وتحقيق الذات .

(٢٠) ولد (روجرز) عام (١٩٠٢) ودرس الفيزياء والبيولوجيا ثم علم النفس الاكلينيكي ، وعمل في توجيه الأطفال والمراهقين على الطريقة الفرويدية ، ثم عمل بالجامعة أستاذا لعلم النفس وألف كتابا عن الارشاد والعلاج النفسى .

٣- النظريات الدينامية النفسية :-

وهي تؤكد على أهمية الدوافع والانفعالات والقوى الداخلية ، وتفترض أن الشخصية تنمو من خلال حل الصراعات النفسية ، ويعد فرويد (S. Freud) هو رائد هذه المدرسة بالاضافة إلى تلاميذه النوابغ الذين كان لكل منهم إضافة في رؤيته للشخصية ، وسوف نعرض لنظرية (فرويد) باختصار ثم نتبعها بعرض سريع لاسهامات تلاميذه .

أ- نظرية فرويد لفهم الشخصية :-

يشير (فرويد) إلى أن السلوك له دافع داخلي من قوى لا شعورية تكونت عبر تاريخ الشخص وحياته خاصة علاقته بوالديه ، وأن مايفعله الشخص ومايفكر فيه أو يشعر به ينتج عن تفاعل دينامي بين منظمات نفسية ثلاثة هي : (الهو) (Id) و (الأنا) (Ego) و (الأنا الأعلى) (Super Ego) ، وأن أى اختلال في توازن أى من هذه الأنظمة الثلاثة يؤدي إلى اختلال في تفاعل الآخرا مع ونشاطهما ليضادوه ويكون الصراع الداخلي .

ويرى (فرويد) أن وعى الانسان بالأفكار والذكريات والمشاعر يقع على مستويات ثلاثة أحدها : الشعور (الوعى) (Conscious) حيث يكون الجزء القليل من خبرات الانسان ، وثانيها : ما قبل الشعور (Preconscious) وهو المستوى الذى تكون فيه الخبرات مدفونة تحت الوعى ويمكن أن تستدعى بسهولة ، وثالثهما : اللاشعور (unconscious) وهو المستوى الذى يضم أغلب الخبرات وتصل إلى مستوى عميق لا يمكن تذكره ، ولكن يمكن أن يظهر في زلات اللسان والأحلام وخلال التداعى الحر (الذى يذكر الإنسان فيه ما يخطر على باله دون قصد أو توجيه) .

كما أشار أن الشخصية تتكون من الخبرات التى يمر بها الطفل خلال مراحل متعاقبة من النمو النفسى الجنسى ، وأن هناك طاقة ليبيدية تتركز في منطقة معينة من الجسم وفقا لمرحلة النمو ، فالفم هو محور اللذة الليبيدية خلال السنة الأولى ونصف الثانية عن طريق المص والأكل والعض ووضع الأشياء في الفم ، والاشباع الزائد أو الحرمان الشديد سوف يُثبت كمية أكبر من الليبيدو (Fixation) في هذه المرحلة ، بما يجعل الشخص عرضة للنكوص (Regression)

في الحياة إلى سمات هذه المرحلة من الاعتمادية والشرية والميول الفمية (التي تشبه مص الثدي) من التدخين ومضغ اللبان والثرثرة ، والشرح وهو محور اللذة الليبيدية خلال النصف الثاني من السنة الثانية والسنة الثالثة ، حيث تنمو العضلات العاصرة لفتحة الشرج ، وتكون اللذة من القبض على محتويات الشرج أو إخراجها ، كما تكون محورا للصراع مع الأم في تدريبه على استخدام التواليت (Toilet Training) ، والافراط وقسوة التدريب كالستفريط فيه يسبب تثبيتا لبيديا في هذه المرحلة ، يجعل الطفل عرضة في الحياة البالغة للنكوص إلى سمات مشابهة لهذه المرحلة من العداء والبخل والعناد ، والقضيب هو مصدر اللذة الليبيدية من الثالثة إلى السادسة من العمر والطفل يدرك الاختلاف بين الذكر والأنثى و ينجذب نحو أبيه من الجنس المقابل ، فالولد يحب أمه و يعاني صراعا بين حبه لأبيه (المبنى على تقمصه لأبيه) و كراهيته له (بسبب امتيازات والده التي لا يحظى بها) ، وهذا هو الصراع الأوديبى الذى ينشأ عنه قلق الخصاء (castration anxiety) وهذا القلق يدفعه إلى التخلي عن رغبته في تملك الأم بكبتها والتوحد بالأب ، هذا في حالة عقدة أوديب الموجبة ، أما إذا كانت الأم هي التي يعتبرها الولد غريمه في حبه لأبيه ، فإن هذه الحالة يطلق عليها اسم عقدة أوديب السالبة ، والعكس يحدث في حالة البنت و يسمى تعلقها بأبيها عقدة الكترا (Alectra complex) ، ثم تكمن النزعات الليبيدية ولا تحدث صراعات في هذه المرحلة من السادسة إلى البلوغ ، وفي البلوغ تستيقظ الرغبة الجنسية وترتبط بالجهاز التناسلي ، وتكون العلاقة الجنسية الناضجة من خلال العلاقة بالجنس الآخر.. وهذه هي مراحل النمو النفسى الجنسى الخمسى في نظرية فرويد (الفمية والشرجية والقضيبية والكمون والتناسلية) .

والشخصية التي تتأثر بالقوى اللاشعورية وتمر بمراحل النمو النفسى الجنسى السابقة عبر نموها تتكون من تنظيمات ثلاثة : الهو والأنا والأنا الأعلى ، حيث يعتبر الهو المنظمة الأساسية وهو الذى يتميز منه الأنا والأنا الأعلى ، و يتكون الهو من كل ما هو فطرى موروث وموجود منذ الولادة بما في ذلك الغرائز ، فهو مستودع الطاقة النفسية ، كما أنه يزود العمليات التي يقوم بها الأنا والأنا الأعلى بالطاقة ، كما أنه وثيق الصلة بالعمليات الجسمية التي يستمد منها طاقاته و يعتبره فرويد

(الواقع النفسى الحقيقى) لأنه يمثل الخبرة الذاتية للعالم الداخلى ولا تتوفر له أية معرفة بالواقع الموضوعى ، ويهدف الهوى إلى تجنب الألم وتحقيق اللذة عن طريق الفعل المنعكس (Reflex) والعمليات الأولية ، التى تحاول تفريغ التوتر بتكوين صورة لموضوع يزيل التوتر مثل الطعام لشخص جائع ، وهى عملية تحقيق رغبة فى السخيا ل ، ولكن هذه العمليات الأولية لا تحقق الاشباع ولا تخفض التوتر ، فالشخص الجائع لا يمكنه أن يأكل ما يتخيله من الطعام ولذلك تظهر عمليات نفسية ثانوية عن طريق المنظمة الثانية وهى الأنا .

أما الأنا فينشأ للتعامل مع الواقع الخارجى ، وعليه تقع مسئولية فهم الواقع الخارجى والتصرف على أساسه وفق العمليات الثانوية (أى التفكير الواقعى) ، فالأنا عن طريق العمليات الثانوية يكون خطة لاشباع الحاجة ، ثم يختبر هذه الخطة هل هى صالحة أم لا ؟ وهذا يسمى اختبار الواقع ، وهو يستخدم جميع الوظائف النفسية لأداء دوره بكفاءة .. من هذا نلاحظ أن الأنا هو الجزء المسيطر على سلوك الشخصية حيث يختار من البيئة الجوانب التى يستجيب لها ، ويقرر الغرائز التى سوف تشبع والكيفية التى يتم بها ذلك الاشباع ، وعلى الأنا عند قيامه بهذه الوظيفة التنظيمية أن يعمل على تكامل مطالب كثيرا ما تتصارع فيما بينها وهى مطالب (الهوى) و (الأنا الأعلى) و (العالم الخارجى) ، وهذا الدور للأنا يجعله عرضة للصراعات بين المطالب السابقة فيلجأ إلى حيل دفاعية (defensive mechanisms) لتخفيف حدة الصراع .. ويمكن أن نلخص وظائف الأنا فيما يلى :-

- (١) التكيف مع البيئة المحيطة وعمل علاقات مع الآخرين .
- (٢) ضبط وتنظيم الغرائز والتعبير عنها بطريقة مقبولة اجتماعيا .
- (٣) اختبار الواقع والتصرف على أساسه .
- (٤) القيام بالعمليات الثانوية وما ينشأ عنها من تخليق وابتكار .
- (٥) القيام بالوظائف النفسية (البسيطة والمركبة) .
- (٦) القيام بحيل دفاعية لإزاء الصعوبات والصراعات التى تنشأ عن الخارج أو الداخلى كى يحافظ على حالة التوازن النفسى ، ومن ثم فالحيل الدفاعية هى

الحيل التي يلجأ إليها الأنا عند مواجهة صراع لخفض التوتر والوصول إلى توازن نفسي ، وجميعها تتم لا شعوريا .. وأهم هذه الحيل الدفاعية هي :-

— **الكبت (Repression)** : وهي حيلة تتم بواسطتها دفع المواقف أو الأفكار غير المقبولة إلى دائرة اللا شعور وبعيداً عن الشعور .

— **النكوص (Regression)** : وهي حيلة بواسطتها يرتد الشخص إلى مراحل سابقة من النمو ، حيث ينكص الشخص إلى تصرفات بدائية لا تناسب سنه الحالية ، وتلاحظ هذه الحيلة في أمراض نفسية كثيرة أهمها الفصام والتبول الوظيفي والتهته .

— **التبرير (Rationlization)** : حيلة دفاعية بواسطتها يتم قبول (تبرير) السلوك أو الدوافع أو المشاعر غير المقبولة بخلق أسباب لتفسيرها .

— **التكوين العكسي (Reaction Formation)** : وهي حيلة دفاعية يسيطر بها الشخص على دافع أو شعور غير مقبول بتكوين عكسه ، فالكراهية الشديدة تظهر في شكل حب مبالغ فيه .

— **الاسقاط (Projection)** : وهي حيلة لا شعورية ينسب بها الشخص أفكاره ومعتقداته ومشاعره ونزعاته اللا شعورية الخاصة به وغير المقبولة إلى الآخرين ، وهي حيلة لحماية الشخص من القلق الذي ينشأ من الصراع الداخلي .

— **النقل (التحويل) (Displacement)** : حيلة دفاعية يعيد بها الشخص توجيه انفعالاته المحبوسة تجاه شخص أو موقف خلاف الأفكار والأشخاص والمواقف الأصلية سبب الانفعال .

— **الانشقاق (Dissociation)** : حيلة تتضمن عزل مجموعة من العمليات (الوظائف) النفسية عن باقي الوظائف النفسية وتعمل مستقلة أو بصورة آلية (مثل فقدان الذاكرة أو تعدد الشخصية أو المشي أثناء النوم) .

— **الإنكار (Denial)** : إبعاد الأشياء التي قد تسبب قلق عن دائرة الوعي بها وإنكارها ، ويختلف الكبت عن الإنكار في أن الكبت يحدث عندما يحاول الدافع الغريزي أن يكون شعورياً أو أن يعبر عن نفسه في صورة سلوك وهنا يظهر الكبت ،

بينما الانكار يجعل الشخص جاهلاً بحادث معين ولكن لا يمنعه من التعبير عن دوافعه الغريزية ومشاعره .

— التوحيد (Identification) : حيلة دفاعية يدمج بها الفرد هويته بهوية شخص آخر .

— التوحيد مع المعتدى (Identification With the aggressor) : حيث يدمج الشخص في داخله صورة عقلية للشخص الذى يمثل مصدر الاحباط من العالم الخارجى ، مثل التوحيد الذى يتم فى نهاية المرحلة الأوديبية بين الطفل الذكروأبيه الذى يمثل احباطا لعلاقة الطفل بأمه ، ولا يملك الطفل إلى مواجهة أبيه سبيلا فيضطر للتوحيده .

— العزل (Isolation) : حيلة يتم بها عزل فكرة أو ذكرى عن ما يرتبط من شعور لتجنب الانفعالات غير السارة .

— التسامى (Sublimation) : حيلة يتم بها توجيه الطاقة المرتبطة بنزعات غير مقبولة إلى أنشطة مقبولة نفسيا واجتماعيا . والتسامى يحقق درجة ضئيلة من الاشباع للنزعات الغريزية .

— الإبطال (Undoing) : وهى حيلة دفاعية يتم بواسطتها أداء فعل لإعادة (الإصلاح) ما قد يتم فعله وهو غير مقبول من الأنا ، وهى حيلة بدائية من قبيل الأفكار والأفعال السحرية ، وذات طبيعة مترددة ، وتلاحظ غالبا لدى مرضى الوسواس القهرى .

والأنا الأعلى وهو المنظمة الثالثة من الشخصية فيعتبر الممثل الداخلى للقيم التقليدية للمجتمع وأخلاقياته ، و يتكون من استدخال الطفل لقيم وأخلاقيات الوالدين ثم التوحيد بها ، و يعد الأنا الأعلى نموذجا لما هو مثالى وليس لما هو واقعى ، ويميل إلى الكمال بدلا من اللذة ، وعندما يتم تكون الأنا الأعلى يصبح هو السلطة الداخلية محل سلطة الوالدين .. وأهم وظائفه ما يلي :—

(١) كف حفزات الهوسواء كانت جنسية أو عدوانية .

(٢) اقناع الأنا بالقيام بدور المثالية بدلا من الواقعية .

وهذه المنظمات الثلاثة التى تتألف منها الشخصية (الهووالأناوالأنا الأعلى)
التي تكونت عبر مراحل النمو النفسى ، ولكل منها شق شعورى وآخر لا شعورى ،
تتوازن معاً لخراج شخصية سوية ، أو يختل التوازن ليكون الاضطراب أو الصراع
الداخلى .

ب - اسهام يونج (Jung) (٢١) : حيث أضاف فكرة اللاشعور الجمعى
(Collective Unconscious) الذى يجمع ذكريات الأجداد وخبراتهم و يعتبره
الأساس العنصرى الموروث للبناء الكلى للشخصية وعليه يبنى الأنا واللاشعور
الشخصى وجميع المكتسبات الفردية الأخرى ، و يرى أن الأنظمة الرئيسية للشخصية
هى الأنا واللاشعور الشخصى واللاشعور الجمعى والقناع (persona) ثم الأنيميا
(Anima) أو الأنيموس (Animus) والظل (Shadow) والاتجاهات الانطوائية
والانبساطية ووظائف التفكير والوجدان والاحساس والحدس ، والذات التى هى
الشخصية مكتملة .

و يرى يونج أن الأنا هو العقل الشعورى الذى يتكون من المدركات الشعورية
والذكريات والأفكار والوجدانات ، وهو مسئول عن شعور المرء بهويته واستمراريته ،
وهو مركز الشخصية .. واللاشعور الشخصى هو الخبرات المكبوتة ، وهى تماثل ما قبل
الشعور عند (فرويد) حيث يمكن للشعور أن يصل إليها .. أما القناع فهو الشخصية
العامة التى يظهرها الشخص للعالم من حوله .. والأنيميا هو النمط الأولى الأنثوى لدى
الرجل ، ولأنيموس هو النمط الذكرى الأولى لدى المرأة ، حيث اكتسب الرجل نتيجة
حياته مع المرأة عصوراً طويلة أنوثة ، واكتسب المرأة الذكورة ، وهذان النمطان يعملان
بوصفهما صوراً جمعية تدفع كل جنس إلى الاستجابة لأفراد الجنس الآخر لفهمهم ،
فالرجل يتفهم المرأة بفضل ما لديه من أنيما والمرأة تتفهم الرجل بفضل ما لديها من
أنيموس ، ولكن الأنيميا والأنيموس قد يؤديان إلى سوء فهم إذا ما اسقطت صورة النمط
الأولى دون اعتبار لسمات الشريك .. ولقد اعتبر يونج الغرائز الحيوانية الموروثة كنمط

(٢١) كارل جوستاف يونج (Carl Gustav Jung) (١٨٧٥ - ١٩٦١) : طبيب نفسى سويسرى وتلميذ
فرويد النجيب وانفصل عنه فى (١٩١٤ م) عندما استقال من رئاسة الاتحاد الدولى للتحليل
النفسى وأسس مدرسته (علم النفس التحليلى) .

أولى مسئول عن الخطيئة لدى الانسان الذى يسقطه للخارج و يطلق عليه الشيطان وأسماء الظل .. كما اعتبر أن نقطة الالتقاء التى تتجمع حولها كل نظم الشخصية هى الذات (The Self) .. وميزين اتجاهين أساسيين تتخذهما الشخصية هما الانبساط (توجه الشخص إلى العالم الخارجى) والانطواء (توجه الشخص نحو العالم الداخلى) وكلاهما يوجد فى الشخصية .

جـ - اسهام أدلر (Adler) (٢٢) : الذى افترض أن سلوك الإنسان تحركه أساسا السخوافز الاجتماعية ، والإنسان كائن اجتماعى فى أساسه وقلل من أهمية الجنس ، واعتبر أن الاهتمام الاجتماعى فطرى فيه ، وإن كانت الأنماط النوعية للعلاقات بالآخرين والنظم الاجتماعية التى تظهر وتتكون تحددها طبيعة المجتمع الذى يولد فيه الشخص ومن ثم يعد أدلر له وجهة نظريولوجية لا تختلف عن وجهة نظر (فرويد) و (يونج) فالثلاثة يفترضون أن للإنسان طبيعة فطرية تشكل شخصيته .. وأضاف أدلر فكرة الذات الخلاقة التى اعتبرها هى صاحبة السيادة فى بناء الشخصية ، واعتبرها شىء يحتل مكانا متوسطا بين المثيرات والاستجابات للشخص ، وأن الإنسان يصنع شخصيته فهو يبنئها من المادة الخام وأكد على تفرد الشخصية ، فاعتبر أن كل شخص صياغة فريدة من الدوافع والسمات والاهتمامات والقيم ، فكل فعل يصدر عن الشخص يحمل طابع أسلوبه الخاص والتميز فى الحياة .. كما جعل (أدلر) الشعور مركز الشخصية ، وأن الإنسان كائن شعورى يعرف أسباب تصرفاته و يشعر بنقائصه والأهداف التى يحاول بلوغها .

د - اسهام إريكسون (E. Erikson) (٢٣) : وسع إريكسون من نظريات فرويد فى النمو فجعل النمو فى مراحل تبدأ من الولادة وحتى المات فى الشيخوخة ، وأطلق على مراحل النمو النفسى الاجتماعى لأهمية الجانب

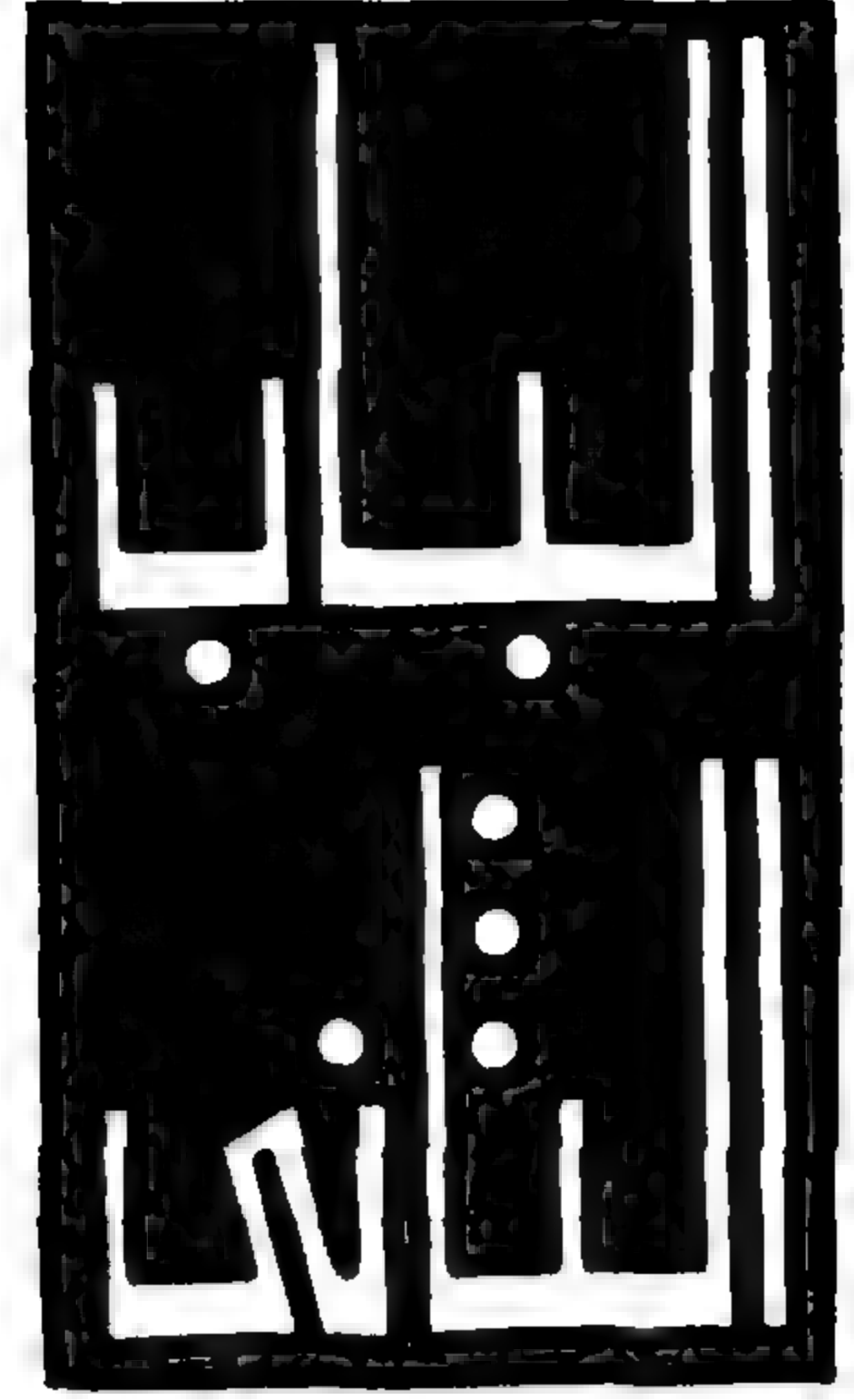
(٢٢) ألفريد أدلر: عاش بين عامى (١٨٧٠ - ١٩٣٧) وكان عضوا فى جماعة التحليل النفسى ثم رئيسا لها ثم استقال وكون جماعة خاصة به عرفت باسم مدرسة علم النفس الفردى .

(٢٣) إريك إريكسون: ولد عام (١٩٠٢) وهو عالم نفسى أمريكى معروف بنظريته عن النمو النفسى الاجتماعى ، وهو ذو خلفية عالية ، وحلل لبعض الشخصيات من خلال دراسة تاريخها مثل غاندى .

الاجتماعى ، وفى كل مرحلة جديدة تحدى (صراع) جديد ، ففى السنة الأولى يواجه الطفل صراعا بين الأمان فى مقابل عدم الثقة ، وهذا طبقا لعلاقة الأم بالطفل فاذا نجحت فى إقامة علاقة يشعر فيها الطفل بالأمان فإنه يثق فى الآخر (Basic trust) وإذا فشلت كان الشك والخاوف من علاقة بآخر.. وفى السنة الثانية حيث تنمو عضلاته فأصبح يمشى مستقلا و يستطيع أن يبتعد عن الأم ، كما يستطيع التحكم فى مخارجه وإطعام نفسه ، أى أنها بداية الاستقلال فاذا شجعتة الأم مع توفير الأمان والحماية عندما يسقط ودون لوم فإنه يجتاز هذا التحدى ، أما إذا أشارت إلى أنه سىء فإنه حساس لما يقال عنه وسوف يتولد لديه الشعور بالشك فى القدرات والخجل ، ولذا فإنه (إريكسون) أسمى هذه المرحلة (autonomy v /s shame and doubt) . وأن الطفل من الثالثة إلى السادسة مبادر فى مقابل الاحساس بالذنب (Initiation v /s guilt) فهو متطلع شغوف فضولى ، وتكون مبادرته الأولى داخل الأسرة فيتعلق بوالده من الجنس المقابل ثم يبدأ فى التفرقة بين ما يريده هو وما يطلب منه أن يفعل ، وتزداد هذه التفرقة وتتسع حتى يحول تدريجيا قيم والديه على أنها طاعة لنفسه وتوجيه لنفسه وعقاب نفسه .. ومن السادسة إلى الثانية عشرة من عمر الطفل ينتقل إلى المدرسة و يثابر من أجل تعلم مهنة ، حتى يصبح لديه ثقة فى نفسه وفى قدرته على استخدام أدوات الكبار ، وإذا فشل فإنه يشعر بالنقص والدونية وأسمى إريكسون هذه المرحلة المثابرة فى مقابل الشعور بالدونية (Industry v /s inferiority) . ثم يكون البلوغ الذى يبرز فيه اختلاف المراهق عن نفسه قبل ذلك وعن ما يرغب والداه و يسلمه هذا إلى غموض الرؤية (غموض الدور) ، وأطلق على هذه المرحلة الهوية فى مقابل غموض الدور (Identity v /s Role Confusion) وهى من الثانية عشرة إلى الثامنة عشرة وفى هذه المرحلة يتجمع المراهقون معا فى صورة شلل وجماعات ، ويكون الشاب فى شك بين ما تعلمه من أخلاقيات وهو طفل وما يراه حادثا بين الكبار ، وأبرز ما يعانى به الشباب فى هذه المرحلة هى أزمة الهوية (Identity Crisis) ومحورها تساؤلان أساسيان : من أنا ؟ وماذا أريد ؟ .. وبدء الارتباط بعلاقة راشدة من ألفة أو زواج مع آخر من الجنس الآخر هى بداية مرحلة الألفة فى مقابل العزلة (Intimacy v /s isolation) .. وعندما يصل الشخص إلى سن الأربعين فإنه

يتساءل عن معنى وجوده و يبدأ انتاجا من أجل المجتمع ويحقق به معنى لوجوده
في مقابل الخمول واللامبالاه (Generativity v /s stagnation) .. وعندما يصل
الإنسان إلى عمر الستين ينظر إلى ماضى من عمره فيشعر بأن إنجازاته قد
تكاملت و يرضى عن نفسه ، فيكون الرضا والقوة في مواجهة الموت ، وبدون ذلك
يكون اليأس والخوف من الموت . (Integrity v /s despair) .





- الأعراض المرضية والنفسية .
- المقابلة والفحص النفسى والتشخيص .
- الأهمية الإكلينيكية لبيانات المقابلة .

مقدمة

لا شك أن هدف المهنة الطبية هو تخفيف المعاناة عن الانسان المريض بتقديم العلاج (بالاضافة إلى وقاية السليم) ، ولا يمكن أن يقدم العلاج ؟ إلا بعد تشخيص المرض ، وللوصول إلى تشخيص المرض النفسى يلزم المعرفة بالظواهر المرضية النفسية (الاعراض النفسية) ، ثم المعرفة بكيفية استخلاص هذه الظواهر عن طريق المقابلة والفحص النفسى .. ولذا فإننا سوف نعرض فى الفصول التالية للأعراض النفسية ثم كيفية إجراء المقابلة والفحص النفسى وصولاً إلى التشخيص ، فالتشخيص لابد أن يمر بمستويين أولهما : على مستوى العرض وهو توصيف الظاهرة التى يشكو منها المريض أو يستخلصها منه الطبيب (وهذا ما نعرض له فى الفصل الأول من هذا الباب) ، وثانيهما على مستوى اللزمة المرضية (Syndrome) وهو تجميع الظواهر المرضية معا فى لزمة واحدة (وهو ما نعرض له فى الفصل الثانى من هذا الباب) .

الفصل الأول

الأعراض المرضية النفسية (Psychiatric Symptoms)

عندما تضطرب وظيفة جسمانية معينة فإن ذلك ينتج أعراضاً جسمانية فمثلاً تعتبر وظيفة تنظيم اخراج الفضلات هي إحدى وظائف الأمعاء الغليظة ، وعند اضطراب هذه الوظيفة تنتج أعراضاً مرضية مثل الإمساك والاسهال .. وكذلك الحال بالنسبة للوظائف النفسية فإنها حين تضطرب ينتج عنها أعراض مرضية نفسية ..

وسوف نفضل ذلك فيما يلي :—

(١) الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب الوعي :— (Disturbances of Consciousness)

يتغير الوعي كمياً في حالة النوم (Sleep) حيث يتناقض وعي الشخص بذاته وما حوله ولكن عند تنبيهه يعود الى حالة الوعي الطبيعي ... ولكن قد يصبح النوم مرضياً في حالات :—

١ — كثرة النوم (Hypersomnia) .

٢- النوم الانتيابى (السبخ) (Narcolepsy) وهو اضطراب النوم الذى يتميز بنوبات قصيرة لا ارادية من النوم ومتكررة .

٣- الوسن (Somnolence) وهى حالة النوم المرضى (أو الدروخة) التى يمكن ايقاظ الفرد منها الى حالة الوعى الطبيعية .

وهناك حالات أخرى من اضطراب الوعى الكمى هى :-

١- الغيبوبة (السبات) (Coma)

وهى حالة فقدان الوعى الشديد التى لا يمكن ايقاظ الفرد منها مهما كانت شدة المثير .

٢- الغيبوبة الساهرة (السبات السهرى) (Coma Vigil)

وهى حالة فقدان الوعى التى تبقى فيها العينان مفتوحتان .

٣- شبه الغيبوبة (الذهول) (Stupor)

وهى حالة من نقص التفاعل للمثيرات ونقص الوعى بالبيئة المحيطة ..
و يستخدم نفس اللفظ فى الطب النفسى كمرادف للبكم (mutism) وليس بالضرورة أن يكون متضمنا اضطراب الوعى ، كما يحدث فى الفصام الكتاتونى حيث يكون واعيا بكل ما حوله .

٤- تشوش الوعى (Confusion)

حيث يضطرب الوعى بدرجة لا يستطيع المريض ادراك البيئة (الزمان والمكان والأشخاص .

٥- الخدار (Torpor)

وهى حالة من تناقص الوعى غير المصحوبة بهلاوس أو خطأ تأويل أو ضلالات أو عدم استقرار، و يكون المريض لامبالى وخامل وغير قادر لأن يعبر عن نفسه بوضوح .

٦- الغيبة (Trance)

وهى حالة تشبه النوم من نقص الوعى والنشاط .

وهناك تغيرات كيفية (نوعية) فى حالة الوعى نذكر منها :-

١ - الانشقاق (Dissociation)

وهى حيلة دفاعية يحدث فيها عزل بعض الوظائف العقلية أو السلوكية عن باقى النشاط النفسى للشخص .

٢ - التغير بما يشبه الحال

(Dream like change of consciousness)

حيث يتناقص مستوى الوعى (وهى خبرة ذاتية) وتزيد عتبة الإدراك الحسى لكل المثيرات و يكون المريض غير مدرك للزمان والمكان الا أنه يكون مدركا للأشخاص ، وتكون حالة التغير هذه مصحوبة بهلاوس بصرية لحيونات صغيرة مع خوف ، ونادرا ماتصاحب بهلاوس سمعية وشمية ، وهى غالبا مرتبطة بتلف (آفة) فى الفص الصدغى .

٣ - تضيق الوعى (Restriction of Consciousness)

وفيهما يضيق وعى المريض حيث يطفى على عقله مواقف قليلة وأفكار قليلة بالاضافة الى عدم ادراكه للزمان والمكان ... وتشمل :-

أ - حالة تشبه نوم الفجر (Twilight State)

وهى تضيق الوعى المرضى الطارئ الذى يمنع استمرار حالة الوعى الطبيعى والسلوك السوى وتحدث فى حالات الصرع .. وتحدث فى حالات الهستيريا (Hysterical Twilight State) وفيها يحدث تضيق الوعى لأسباب ودوافع لاشعورية وتسمى (كاتا ثيميا) (Catathymia)

ب - حالة الشراد (Fugues)

وتطلق على حالات التجوال (Wandering) المصحوبة بفقدان ذاكرة الى حد ما .

٤ - المشى أثناء النوم (Somnambulism)

وهى حالة من الانشقاق يكون فيها النشاط الحركى واعيا فى حين يكون النشاط الفكرى غير واعى وهى غالبا تحدث للأطفال ... وعندما تحدث للكبار فإنها غالبا ماتكون مرتبطة باضطرابات نفسية أخرى مثل الشخصية الشبه فصامية أو الفصام .

(٢) الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب الانتباه :-

(Attention Disturbances)

١ - قلة الانتباه (Inattention)

حيث يقل الانتباه أو ينعدم أما نتيجة لتغير الوعي (كما في حالة شبه الغيبوبة) أو تغير الوجدان (كما في حالة الاكتئاب) .

٢ - زيادة الانتباه (Hyperprosexia)

حيث يزيد الانتباه زيادة ملحوظة فنية المريض الى كل المثيرات وتفاصيلها ، كما في مرض الهوس .

٣ - التشتت (Distractability)

حيث يتجه المريض لكل المثيرات الجديدة كما في حالات القلق أو الاجهاد أو الهوس أو الفصام أو بعض حالات الإصابة العضوية بالمخ ، فلا يستطيع التركيز في مثير معين .

٤ - الانتباه الانتقائي (Selective attention)

حيث يفشل الشخص في تركيز انتباهه تجاه الأشياء الباعثة على القلق .

(٣) الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب الاهتداء (ادراك البيئة)

(الوعي بالزمان والمكان والاشخاص) . (Orientation) .

١ - اضطراب الوعي بالزمان (disoriented for time) .

حيث يضطرب الوعي باليوم من الأسبوع والساعة بالتقريب وتاريخ اليوم والسنة والفصل من السنة .

٢ - اضطراب الوعي بالمكان (disorientation for place) .

حيث يضطرب الوعي بالمكان الموجود فيه حالياً وعنوان البيت وسبب وجوده في هذا المكان في هذا الوقت .

٣ - اضطراب الوعي بالاشخاص (disorientation for persons) .

حيث يضطرب الوعي بهوية نفسه وهوية الآخرين في بيئته المباشرة فيما يتعلق بأسمائهم ودور كل منهم في البيئة المشارك لهم فيها .
وقد تجتمع الأبعاد الثلاثة لادراك البيئة في اضطراب أو اثنتان منهما أو تكون واحدة فقط .

٤- الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب الإدراك (Disturbances of perception)

وتقسم إلى مجموعتين :-

الأولى : تشوهات الإدراك الحسى (Sensory distortions) وتحدث مع الإدراك الحقيقى للموضوعات التى يتم استقبالها بطريقة مشوهة .. ومنها :-

١- التغير فى شدة الاحساس بالزيادة أو النقص (Hyperaesthesia and hypoaesthesia) حيث تزيد شدة الاحساس عند الانفعالات الشديدة وعند انخفاض عتبة (Threshold) الاحساس .. ونرى ذلك فى شخص قلق فانه حساس للضوضاء والعكس يحدث عندما يكون شخص مكتئب فانه يحس الاشياء كأنها قادمة من بعيد .

٢- التغير فى الكيفية : حيث أن بعض المواد السامة تشوه الإدراك البصرى ، فتلون كل الإدراكات باللون الأصفر (Xanthopsia) أو باللون الأخضر أو باللون الأحمر (Chloropsia) Or . (Erythropsia)

٣- التغير فى الحيز المكانى (Dysmegalopsia) : ويحدث كبر حجم الموضوعات المدركة (Macropsia) أو صغر حجم الموضوعات المدركة (Micropsia) أو بعد ما هى موجودة دون تغير فى الحجم (Porropsia) .

وكبر حجم المدركات وصغرها يحدث فى الحالات الآتية :-

١- الأحلام والهلاوس .

٢- أمراض الشبكية .

٣- اضطراب تكيف العين (Disorders of accomodation)

٤- خلل بالفص الصدغى (الجزء الخلفى) .

٥- تسمم بالأتروبين أو الهيوسين أحيانا .

الثانية : خداعات حسية (Sensory Deceptions)

١- خطأ التأويل (خطأ الإدراك Illusion) .

وهو الفهم (التفسير) الخاطىء لمثير مثل الطفل الذى يعانى من هذيان الحمى عندما يرى مقياس الحرارة (الترمومتر) فى يد الممرضة فيظنه خنجر .

٢ — هلاوس (Hallucinations)

وهى الادراك بدون مثير، مثل المريض الذى يسمع صوتا يسبه دون وجود أى صوت .

وهناك خيالات عقلية كثيرا ماتتشابه مع الهلاوس لدرجة اطلق عليها الهلاوس الكاذبة (Pseudohllucinations) ويمكننا أن نميز بين الهلاوس والكاذبة والحقيقة كما يلي :—

الهلاوس الحقيقية	الهلاوس الكاذبة
١— لها وجود حقيقى .	١— ليس لها وجود حقيقى
٢— مكتملة المعالم ومحددة الخطوط	٢— ليست مكتملة المعالم وغير محددة الخطوط
٣— تظهر فى مكان موضوعى	٣— تظهر فى مكان ذاتى أو غير محدد المكان .
٤— لا تخضع للرغبة	٤— تخضع للرغبة (يستدعيها وقتما يشاء)

ونلخص أسباب الهلاوس فيما يلي :—

- ١ — الانفعالات الشديدة مثل الاكتئاب شديد المصحوب بالشعور بالذنب .
- ٢ — الإيحاء
- ٣ — اضطرابات أعضاء الحس (مثل مرض العين أو الأذن) .
- ٤ — الحرمان الحسى (Sensory deprivation) .
- ٥ — اضطرابات الجهاز العصبى المركزى .
- ٦ — الفصام .

وقد تكون الهلاوس متوافقة مع الحالة الوجدانية (Mood — Congruent) من اكتئاب أو هوس (مثل المكتئب الذى يسمع صوتا يقول له أنه سيء) ، وقد تكون غير متوافقة مع الحالة الوجدانية (Mood incongruent) .

وقد تحدث الهلاوس أثناء دخول الفرد فى النوم
(Hypnagogic Hallucinations)

وقد يحدث عند استيقاظه من النوم وفتح عينيه
(Hypnopomic Hallucinations) .

وأنواع الهلاوس وخطأ التأويل حسب الحساسة التي أستقبلت بها ، وهي
تبعاً لذلك :-

- بصرية (Visual)
- سمعية (Auditory) .
- شمّية (Olfactory)
- تذوقية (Gustatory) .
- حسية (لمسية) (Tactile) .

وهناك أنواع أخرى من الهلاوس ليست لها علاقة بأعضاء الحس المتخصصة
هي :-

١ — الاحساس العميق بالألم : الاحساس بألم التمزق في أعضائه وتحدث في
الفصامين المزمنين .

٢ — الاحساس بالسقوط في الهواء أو الغوص في الفراش .. ويحدث في الحالات
العضوية الحادة خاصة حالات الهذيان الارتعاشي .

٣ — الاحساس بوجود آخر عندما يكون الشخص بمفرده .. ويحدث في الحالات
العضوية والفصام والهستريا .

٤ — هلاوس وظيفية (Functional Hallucinations) حيث الهلاوس متسببة عن
مثير ولكن الهلاوس والمثير كلاهما هلوسة مثل المريض الذي يخبر أن الرب تكلم
إليه من خلال ضوضاء ، والكلام هنا والضوضاء كلاهما من قبيل الهلاوس .

٥ — الهلاوس المنعكسة (Reflex hallucinations) ، (Synesthesia) حيث يكون
المثير في مجال حسي يسبب هلوسة في مجال حسي آخر . مثل المريض الذي يحس ألماً
عندما يحس بعطس آخر بجانبه .

٦ — هلاوس خارج مجال الحس مثل الذي يرى شخصاً واقفاً خلفه .

٧ — شبح المرآة المتخيل (phantom mirror — image) حيث يرى نفسه كأنه
ينظر في مرآة ويحدث في قليل من حالات الفصام وفي حالات الهذيان

(Delirium) والصرع المتسبب عن المنطقة المؤخرية الجدارية .
(parieto — occipital) .

٨ — رؤية الذات السالبة (Negative autoscopy) حيث ينظر في المرآة فلا يرى نفسه في حالات الإصابة العضوية للمخ .

٩ — رؤية الأحشاء الداخلية عندما ينظر في المرآة (Internal autoscopy)

١٠ — هلاوس جسمية (Somatic Hallucination) : حيث يدرك الشخص خطأ حدوث أشياء في جسمه (غالباً حشوية) .

١١ — اختلال الإنسية (Depersonalization) : حيث يشعر الشخص أنه غير حقيقى أو غريب أو غير مألوف لنفسه أو أنه تغير .

١٢ — اختلال ادراك البيئة من حوله (Derealization) : وهو شعور ذاتى بتغير البيئة من حوله أو أنها غريبة أو غير حقيقية .

(٥) الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الذاكرة :-

(Disturbances of memory)

١ — النساوة (فقدان الذاكرة) (Amnesias)

حيث يفشل فى استدعاء الأحداث السابقة وتشمل :-

أ — نساوة للأحداث القريبة (Anterograde Amnesia) وتحدث فى سن الشيخوخة أو مرض كورسا كوف أو تصلب شرايين المخ .

ب — نساوة للأحداث البعيدة (Retrograde Amnesia) حيث يفقد الشخص القدرة على استدعاء الأحداث التى مر عليها بعض الوقت والتى يفترض بأنها أصبحت راسخة (Consolidated) .

ج — فقدان ذاكرة لأحداث معينة (Circumscribed Amnesia) وقد تسمى فجوات الذاكرة (Amnesic Gaps) مثل ما يحدث فى حالات الهستريا حيث تكون الأحداث مرتبطة بالخوف أو الغضب أو الخجل ، وهذا النوع من النساوة يعتبر انتقائى .

٢- تشوه الذاكرة (Distortion of memories) وتشمل :-

أ- تشوه الاستدعاء (Paramnesia) وذلك بوحدة مما يلي :-

(١) حيث تزيف الأحداث الماضية (Retrospective Falsification) حيث يزيف الأحداث الماضية عندما يتحدث عنها ، ودرجة التزيف تعتمد على درجة الاستبصار ونقد الذات ، وهذا التزيف يشيع في الشخصيات الهستيرية .

(٢) ادعاء الضلالات كخبرة ماضية (Retrospective delusions) مثل الفصامى الذى يرجع ضلالاته لعدة سنوات مضت برغم أن مرضه حديث .

(٣) الذكريات الضلالية (Delusional memories) قد تأخذ الضلالات الأولية شكل ذكريات .

(٤) التلفيق (Confabulations) وهو تذكر أحداث على أنها حدثت للمريض بينما هى لم تحدث إطلاقاً .

ب- تشوه التعرف (Dysmnnesia) وذلك بوحدة مما يلي :-

(١) ظاهرة الألفة (Deja Vu Phenomenon) حيث يعتقد المريض أنه يعرف جيداً هذا الشخص رغم أنه يقابله لأول مرة .

(٢) التعرف الخاطيء (Misidentification) وهو إما خطأ تعرف موجب حيث يتعرف على الغرباء كأصدقاء أو خطأ تعرف سالب حيث ينكر أصدقائه وأقاربه ؛ أو موقف حقيقى سبق أن خبره (Jamais vu)

(٣) حدة الذاكرة (hypermnnesia) : وهى درجة مبالغ فيها من تسجيل الأحداث واستدعائها .

(٦) الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب الوجدان (العاطفة). (Disturbances of emotion) .

مقدمة:—

نحب ان نذكر هنا بعض التعريفات المتعلقة بالعاطفة والتي يمكن أن تتداخل مع بعضها وهي (١):—

١ — الشعور (Feeling) .

وهي خبرة الانفعال الذاتية .. أو هو التفاعل الايجابي أو السلبي لخبرة ما .

٢ — الانفعال (Emotion) .

وهو حالة الحيوية التي تنشأ من التغيرات الفسيولوجية الحادثة كاستجابة لحدث ما وتميل الى المحافظة عليه أو الغائه .

٣ — وجدان (Affect) .

وهو الأنفعال المباشر الذي يحدث كاستجابة لحدث ما ، والذي يمكن ملاحظته ، أو بمعنى آخر هو الشعور الذي يمكن مشاهدته .

٤ — المزاج (الحالة المزاجية) (Mood) .

وهو حالة الانفعال التي تبقى لفترة الى درجة أنها تلون ادراك الشخص للعالم من حوله .

٥ — المزاج المميز للشخص (Temperament) .

وهو التهيئة المتأصلة لدى الشخص الذي يجعله يتفاعل بطريقة معينة مع المثيرات ، و يتحدد مبكرا في حياة الفرد .

و يعتبر الوجدان بالنسبة للمزاج كالطقس بالنسبة للمناخ

(١) سبق أن عرضنا لهذه التعريفات ضمن الحديث عن الوظائف النفسية ونعرض لها ثانية لما تحدثه من لبث لدى كثير من الدارسين .

الأعراض :-

١ - التهيئة العاطفية الشاذة (Abnormal emotional predisposition) .
وتحدث لدى الأشخاص ، غير الاسوياء الذين تكون امزجتهم شاذة مثل المزاج
الدورى (Cyclothymic temperment) أو المزاج السريع الاستثارة
(irritable) ، أو الذين يتميزون ببرود عاطفى ونقص الانفعالات .

٢ - التعبير عن الانفعالات بطريقة مرضية أو غير عادية :-
(Abnormal expression of emotions)

(أ) انشقاق الوجدان (Dissociation of affect)

وهو تفاعل دفاعى لاشعورى ضد القلق

(ب) فقدان الشعور (Apathy) .

يفقد المريض الخبرة الانفعالية وكذلك القدرة على التعبير الانفعالى .

(ج) عدم التمايز (Indifference) .

حيث يشعر المريض بالشعور المناسب ولكنه لا يستطيع التعبير عن ذلك .

(د) الارتباك الانفعالى (Emotional Perplexity)

ويشير الى حالة الارتباك الذى يحدث فى حالات القلق وتغيم الوعى
والفصام الحاد .

(هـ) التناقض الوجدانى (Inadequaty or incongruity)

حيث يظهر المريض تفاعلا يتناقض مع الظروف المحيطة .

(و) التقلب الوجدانى (Lability of affect) .

وهى حالة التغير الانفعالى من نقيض الى نقيض بسرعة وبدون سبب
مناسب .

(ل) الضحك القسرى (Forced Loughing)

والبكاء القسرى (Forced Weeping)

حيث يعبر المريض بالضحك أو البكاء فى غياب السبب المناسب ،

ويستعمل لذلك وصف خاطيء هو (الوجدان القهرى)
(Compulsive affect) .

٣- اضطرابات الانفعال المرضية والتفاعلات غير العادية:—

- (أ) القلق (Anxiety) وهو الخوف غير المحدد وتوقع حدوث مكروه .
(ب) الهلع (Panic) وهو الزعر المصاحب بالاحساس بالهلاك مع أعراض جسمانية مثل الاحساس بالاختناق وزيادة ضربات القلب .
(ج) الرهاب (Phobia) وهو الخوف المرتبط بشيء معين .
(د) الاكتئاب (Depression) وهو الشعور بالحزن الشديد بسبب غير مناسب أو بدون سبب .
(هـ) المرح المرضي (euphoria, elation) .
وهي حالة المرح الشديد دون سبب مناسب وغالبا ما يصاحبه الشعور بالعظمة . ويحدث في حالات الهوس والتصلب المتأثر (M. S) واصابات المهد .
(و) الشطح الوجداني (Ecstasy) .
وهو حالة من الانسجام الشديد والاحساس الذاتى بالتواصل مع الخالق .

(٧) الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب التفكير:—

(Disturbances of thinking)

إذا تخيلنا أن التفكير يتكون من فكرة مرتبطة بالفكرة التى بعدها وهذه أيضا مرتبطة بما بعدها لأمكننا أن نتصور التفكير كالقطار الذى يتكون من عربات مرتبطة ببعضها تجرها قاطرة فى مسار خاص نحو هدف معين ، وللقطار نوع وللعربات محتوى ..

ويمكننا أن نطبق نفس العناصر على التفكير ، فهو يتكون من:—

١ — القوة المتحكمة فى التفكير (Power or control of thinking)

٢ — مسار التفكير (Stream of thinking)

- ٣ — هدف التفكير (Goal of thinking)
 - ٤ — نوع التفكير (Type of thinking)
 - ٥ — محتوى التفكير (Thought content)
 - ٦ — ارتباط الأفكار ببعضها (Association of thinking)
 - ٧ — كمية الأفكار (Amount of thinking)
 - ٨ — شكل التفكير (form of thinking)
- وكل من هذه العناصر قد يضطرب و ينتج عنه أعراض مرضية وسوف نفصل ذلك فيما يلي :-

١ — الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب القوة المتحركة في التفكير :-

(Disturbances of control power or possession of thinking)

- (أ) الوسوس (Obsessions)
حيث تظهر ضد رغبة المريض وتأخذ شكل أفكار أو خيالات عقلية أو مخاوف أو نزعات ..
وتأخذ الأفكار الوسوسية شكل الاجترارات (Ruminations) وتحدث الوسوس في مرض الوسوس والاكتئاب والفصام وبعض الإصابات العضوية بالدماغ (خاصة بعد التهاب المخ) .
- (ب) تغرب التفكير (Thought alienation) حيث يخبر المريض أن أفكاره تحت تحكم قوى خارجية وهذه القوى :-

— تضع له أفكارا في رأسه ليست خاصة به (Thought insertion)

— تسحب أفكاره من رأسه (Thought withdrawal)

— تذيع أفكاره على الناس (Thought broadcasting) .

(يلاحظ أن هذه المجموعة من الأعراض تشير الى أن الحدود بين الأنا والمحيط الخارجى قد تحطمت) (Loss of Ego Boundaries) .

٢- الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب مسار التفكير:-

(Disturbances of stream of thinking)

(أ) اضطراب سرعة التفكير (Disturbance of tempo)

تضطرب سرعة التفكير و ينتج عن ذلك أى مما يلي :-

(١) تطاير الأفكار (Flight of ideas) : حيث يكون الكلام مستمرا وليس مرتبطا ويتم الانتقال من فكرة الى اخرى بطريقة القفز دون الربط ، ويحدث في حالات الهوس الحادة والفصام وحالات التلف العضوى بالدماغ خاصة اصابات المهيد .

يلاحظ أن تطاير الأفكار في حالات الهوس الخفيف (Hypomania) يكون مرتبا (Ordered flight of ideas) وبالرغم من كثرة اللغوفان المريض يمكنه العودة الى الهدف .. بينما تكون تطاير الأفكار شديدا في حالات الهوس الحاد (Acute mania) لدرجة أن التفكير يصبح مشوشا .

ولكن يلاحظ أيضا أنه في حالات الهوس عموما يمكن للمستمع المنتبه أن يتابع التغيرات في الموضوع حيث أنها ليست جوهرية ، بينما يكون الانتقال في كلام الفصامى ملحوظا لدرجة لا يمكن معها متابعة الموضوع . وغالبا ما يفقد المسار الأساسى للتفكير .

(٢) تبلد مسار التفكير (Retarded thinking) .

وهو البطء الشديد في مسار التفكير و يكون مصحوبا بنقص التركيز ونقص الانتباه وفقد ذاكرة كما يحدث في الاكثاب المتبلد .

(٣) التفاصيل الكثيرة غير الضرورية (Circumstantiality) .

وغالبا ماتكون هذه التفاصيل غير مناسبة أيضا ، ويرجع ذلك لنقص قدرة الشخص في الحكم على الأمور وتقوقعه حول ذاته ، ويحدث لدى الصرعيين والأغبياء والوسواسيين .

ب- اضطراب انسياب التفكير

(Disturbance of continuity of thinking)

(١) الـوظوب (Perseveration) .

وهو التردد المرضي لنفس الاستجابة في الرد على مختلف الأسئلة ، وهي شائعة في اضطرابات الدماغ المعممة والموضوعية (Generalized and localized) .

(٢) انسداد مسار التفكير (Thought block) .

وهو التوقف المفاجيء للتفكير ، وقد يسترسل في فكرة جديدة تماما .

(٣) الخروج عن المسار (derailment) :

وهو الانحراف التدريجي أو المفاجيء في قطار التفكير دون انسداد المسار ، وأحيانا يستخدم كمرادف لتفكك روابط التفكير .

٣- الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب هدف التفكير

(Disturbance of goal of thinking)

حيث يكون بلا هدف (Non goal directed) أو يكون له هدف ولكن يخطئه عن طريق :-

(أ) الإجابة التي ليس لها علاقة بالهدف (Irrelevant answer)

(ب) المماسية للهدف (Tangentiality)

حيث يستغرق المريض في الأفكار الجانبية ولا يستطيع الوصول الى الفكرة الرئيسية .

(ج) التكثيف (Condensation)

وهو عملية تجميع لمفاهيم مختلفة في مفهوم واحد .

٤- الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب نوع التفكير

(Disturbances of type of thinking)

يصبح تفكير المريض ذاتويا (Autistic) منصبا على ذاته وليس له علاقة بالواقع المحيط به .. أو يصبح سحرى (magical thinking) وهو التفكير غير المنطقي الذي يشبه تفكير مرحلة ما بعد العمليات (Preoperational) لدى الأطفال ،

حيث يكون للأفكار أو الكلمات أو الأفعال قوة يفترض أنها تمنع وقوع الأحداث، كما في تفكير مرضى الوسواس القهري .

٥- الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب محتوى التفكير

(Disturbances of thought content)

(أ) الضلالات (Delusions):

وتعرف بأنها أفكار ثابتة وخاطئة لا يمكن تصحيحها بالحجة والمنطق ولا تتناسب مع ثقافة الشخص وبيئته .. وقد تكون ضلالات أولية (Primary delusions) وهي التي تظهر فجأة ولا يمكن تشكيك المريض فيها .. وقد تكون ثانوية (Secondary delusions) وهي التي تظهر ثانوية لاضطراب آخر سبقها في الظهور مثل الهلاوس أو اضطراب الوجدان أو الضلال الأولى . وقد تكون متوافقة مع الوجدان أو غير متوافقة .

وأحيانا تكون الضلالات منتظمة (Systematized) اذا كانت مترتبة على بعضها بطريقة شبه منطقية .. وأحيانا تكون غير منتظمة (Unsystematized) إذا كانت غير مرتبة ، أو مفرطة الغرابة (Bizarre) . والضلالات من حيث ما تحمله من معنى قد تكون :-

(١) ضلال الاضطهاد (Delusions of persecution) حيث يعتقد المريض أن هناك من يضطهده ويضمر له سوء ... و يظهر ذلك في صورة :-

— ضلال الإشارة (Delusion of reference)

اعتقاد المريض أن كل ما يحدث حوله يشير إليه فاذا همس انسان لجاره اعتقد أنه يقصده بذلك .

— ضلال التأثير (Delusions of influence) :

حيث يعتقد المريض أن هناك من يؤثر عليه ويدفعه للتصرف أو التفكير دون أن يكون له إرادته في ذلك وهو ما يسمى بضلال السلبية (Passivity delusion) .

— ضلالات التسمم أو العدوى

(Delusions of being Poisoned or infected) .

حيث يشعر المريض بتغير و معزى ذلك إلى أن هناك من يضع له السم في الطعام .

(٢) ضلال الخيانة (Delusion of infidelity) .

وفيه الغيرة والاعتقاد بأن خيانة زوجته له تحدث مرارا .

(٣) ضلال السحب (Delusions of love) أو المحب الخيالي

(Fantasy Lover) حيث يحب المريض شخصا و يعتقد تماما أنه يبادل له نفس الشعور، رغم أنه قد لا يوجد بينهما أى تعارف ... ويحدث ذلك في بداية الفصام أو الشخصيات المضطربة النمو .

(٤) ضلال العظمة (Grandiose delusion) .

وفيهما يعتقد المريض أنه شخص مهم بصفة خاصة أو أنه عظيم جدا ، كما يحدث في حالات الهوس .

(٥) ضلال اعتلال الصحة (Delusions of ill health) .

حيث يعتقد المريض أنه معتل الصحة جسمانيا وتسمى ضلال اعتلال الصحة الجسمي (Hypochondriacal delusions) .

أو أنه معتل الصحة العقلية لدرجة لن يبرأ منها ، وتسمى ضلالات الجنون الذى لا يبرأ (Delusions of incurable insanity) ، ويحدث هذا في حالات الاكثاب والفصام .

ومن قبيل ضلالات الجنون الذى لا يبرأ الأم التى تعتقد أنها مريضة بالجنون الشديد وأنه قد انتقل منها الى اطفالها وأنه لا أمل في شفائهم فتقتلهم ثم تنتحر .

(٦) ضلالات الاحساس بالذنب (Delusions of guilt) .

حيث يلوم المريض نفسه و يقلل من قدرها بدرجة شديدة، ويحملها كل الذنب في كل الأمور، كما يحدث في حالات الاكثاب الشديدة .

(٧) ضلالات العدمية (Nihilistic delusions) .

حيث ينكر المريض وجود جسده أو جزء منه ، أو ينكر وجود عقله أو العالم من حوله ، و يعتبر هذا النوع الدرجة الشديدة لنوعين آخرين من الضلالات أحدهما يتعلق باعتقاد الشخص أنه قد تغير وأصبح شخصا آخر (Delusion of depersonalization) والثاني يتعلق باعتقاد الشخص أن كل ما حوله قد يتغير من أماكن وأشخاص (Delusion of derealization) .

(٨) ضلالات الفقر (Delusions of poverty) .

وهنا يعتقد المريض أنه فقير معدم وأن الحرمان والعوز مصيره هو وأسرته ، كما يحدث في مرض الاكتئاب .

(ب) الأفكار المبالغ في قيمتها (Overvalued ideas) .

وهي الأفكار التي ارتبطت بمشاعر خاصة وأصبحت تطفئ على ماعداها من أفكار .

(جـ) الفلسفات الكاذبة (pseudophilosophy) .

وهي تشبه الضلالات من حيث خطئها ولكنها غير ثابتة ، حيث أنها يمكن أن تهتز لدى المريض خلال المناقشات .

(د) ممارسة الوهم الكاذب (Pseudologia fantastica) .

وهو نوع من الكذب فيه يبدو الشخص أنه يعتقد في واقع خيالاته ويمارسها .

(هـ) الانشغال المسبق (preoccupation) .

حيث يدور تفكير الشخص حول فكرة ما تسيطر عليه ، فقد يكون الانشغال بذاته مرضيا وهو ما يسمى هوس الذات (Egomania) ، أو قد يكون الانشغال بموضوع واحد (Monomania) ، أو الانشغال المسرف بصحته غير المبني على أساس عضوى حقيقى ولكن على تفسيرات غير حقيقية لاحساسات أو علامات جسمانية غير مرضية (Hypochondriasis) .

٦ - الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب ترابط التفكير:-

(Dist. of association of thinking)

(أ) الترابط الصوتي (clang association) :

وهو ترابط الكلمات بتشابه إيقاع أصواتها لا بمعانيها ومن ثم يفقد الترابط المنطقي للتفكير

(ب) تفكك أو اصر التفكير (Loosening of association)

و يصف هذا العرض الانتقال من فكرة إلى فكرة مختلفة في الموضوع تماما دون أن يعي الشخص أن الموضوعين ليست لهما علاقة ببعضهما .

(جـ) التنافر (عدم الاتساق) (Incoherence)

و يصف الدرجة الشديدة من تفكك أو اصر التفكير التي تصل إلى ربط فكرتين لا يمكن الجمع بينهما ، أو الاستخدام المفرط للجمل الناقصة .

٧ - الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب كمية التفكير:

(Dist. of amount of thinking)

(أ) تقل كمية الأفكار لدرجة يوصف معها المريض (بفقر تفكيره) (Poverty of thinking) كما يحدث في مرض الاكتئاب .

(ب) زيادة الأفكار لدرجة تزعجها عند تعبير المريض عنها فيظهر ما يسمى بضغط الأفكار (Pressure of thinking) ، كما يحدث في حالات الهوس .

٨ - الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب شكل التفكير:

(Disturbances in form of thinking)

يضطرب شكل التفكير بعدم قدرة المريض على التجريد الذي يحدث في حالات الفصام^(٢) وتلف الدماغ الشديد .

(٢) اعتبر بلو بلر (Bleuler) أن اضطرابات شكل التفكير في الفصام هي نقص في الربط بين الأفكار يؤدي إلى عدم وضوح المفاهيم ، ويعزى ذلك إلى التكثيف (Condensation) .

(٨) الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب الحركة :-
(Disturbances of motility)

١- تغرب الحركة (الاحساس بأنها غريبة عن الشخص)
(Alieneation of motor acts)

- (أ) الأفعال الوسواسية (Obsessive acts) .
حيث يتم الفعل ضد ارادته رغم أنه يدرك أنها تخصه ، كما يحدث في الوسواس القهرى .
- (ب) السيطرة الخارجية (External control) .
يفقد المريض تحكمه و يدرك أن أفعاله غريبة عند وضد إرادته ، و يؤكد المريض أنها ليست خاصة به وأن قوى خارجية هى التى تحكمه ، كما يحدث فى الفصام .
- (ج) شبه السيطرة الخارجية (As if externally Controlled)
بعض مرضى القلق يصبحون غير قادرين على أداء نشاطهم ، وقد يشعرون أنهم كما لو كانوا محكومين بتأثيرات غريبة .

= والنقل (Displacement) وسؤ استخدام الرموز (Misuse of symbols)
- ومن دراسات شنييدر (Schneider) للفصام اعتبر أن هناك ملامح خمسة لاضطراب شكل التفكير هى :

- (١) انزلاق فكرة رئيسية على أخرى فرعية (drailment) .
- (٢) الاستبدال (Substitution) .
- (٣) الاختصار (omission) .
- (٤) التجميع (Fusion) .
- (٥) الخلط غير المرتب للأجزاء المكونة لفكرة واحدة (Drivelling) .
و يلاحظ أن هذا المفهوم (شكل التفكير) غير واضح إلى الآن و يفضل عدم استخدامه لما قد يحدثه من لبث .

٢ - اضطراب الحركات التكيفية

(Disturbance of adaptive movements)

(أ) اضطراب الحركات التعبيرية (Disrurbance of expressive movements)

وتحدث في الوجه والذراعين واليدين والجذع العلوى

(١) تقطب ما بين بين الحاجبين (Omega Sign) وتحدث في مرض الاكتئاب .

(٢) نقص تعبير الوجه وحركته كما يحدث في الاكتئاب .

(٣) تصلب الوجه غير المعبر والذي يشمل عين ترقب ما يحدث حولها وكأنها تنظر الى العالم من خلال قناع .

(٤) البكاء والدموع كما يحدث في الاكتئاب .

(٥) نقص الحركة التعبيرية وبطئها كما يحدث في الاكتئاب .

(٦) زيادة الحركة التعبيرية كما يحدث في الهوس .

(ب) اضطراب الحركات التفاعلية (٣)

(Disturbance of reactive movements)

حيث تفقد هذه الحركات التفاعلية في حالات باركنسون ، وتزيد وتكون فجائية في حالات القلق الشديد .

(جـ) اضطراب الحركة ذات الهدف الموجه

(Disturbances of goal directed movements) .

(١) بطء الحركة (Motor retardation) .

(٢) انعدام الحركة (الذهول) (Stupor) .

(٣) وهى الحركات التلقائية التى يحدث كاستجابته لمثير جديد مثل (الهرب عند مواجهة موقف يهدد حياة الإنسان)

(٣) الحركات الغريبة المشوهة (Bizarreness) .

(٤) التكلف (التصنع) (Mannerism) .

وهو التردد غير العادى لفعل حركى هادف .

٣- اضطراب الحركات غير التكيفية

(Disturbances of non — adaptive movements)

(أ) اضطراب الحركات التلقائية

(Disturbance of spontaneous movements) .

(١) زيادة الحركات المعتادة فى حالات القلق مثل حك الرأس ولمس الأنف .

(٢) اللوزام (Tics) وهى انقباضات فى عضلة أو مجموعة من العضلات لا إراديا .

(٣) الرعشة (Tremors) وهى حركات إيقاعية لا ارادية تنتج من تبادل الانقباض والانبساط للمجموعات المتقابلة من العضلات ومنها :—

— الرعشة أثناء السكون (Static tremors) فى اليدين والرأس والجذع وتحدث فى حالات مثل القلق والهستريا ومرض باركنسون .

— الرعشة كتفاعل للخوف الحاد (Shell — Shock) وكانت تحدث للجنود فى الحرب العالمية ليظلوا بعيدين عن ميدان الحرب ويستمر كرهشة هستيرية .

— الرعشة القصدية (Intention tremors) وتحدث فى حالات اضطرابات المخيخ والتصلب المتناثر .

(٤) الصعر الشنجى (Spasmodic torticollis)

وهو تقلص فى عضلة الرقبة يجعل الرأس يميل الى نفس الجانب وتدير الوجه تجاه الجانب الآخر .

(٥) الرقص (الكوريا) (Chorea) وهو حركات شبه هادفه مفاجئة لا إرادية سريعة غير منتظمة فى الوجه والأطراف .

(٦) الكنغ (Athetosis) حركات لا ارادية مترددة بطيئة مثل حركة الثعبان أو الكتابة .

(ب) اضطرابات الحركات المستحثة (Disturbance of induced movements)

(١) الطاعة الآلية (Automatic Obedience)

يفعل المريض كل ما يطلب منه كأن يطلب منه اخراج لسانه والتقاط قلم به من على الأرض .

(٢) المرونة الشمعية (Wax flexibility)

حيث يضع الفاحص أحد أطراف المريض في وضع ما و يظل المريض محتفظا بهذا الوضع لفترة أطول مما يمكن للشخص العادي . كما في الفصام الكتاتوني .

(٣) المحاكاة الحركية (Echopraxis)

كما في حالات الخرف والتخلف العقلي وتغيم الوعي والفصام الكتاتوني .

(٤) الأسلوبية (Stereotypy)

وهي حركات غريبة يكررها المريض دون قصد مثل حركة غسيل اليدين .

(٥) الوظوب الحركي (Perseveration of movement)

وهو التردد المرضي لنفس الاستجابة لمختلف الأسئلة .. وهناك أنواع للوظوب وهي :-

— استمرار التردد حتى يستلقى تعليمات أخرى و يطلق عليه التردد

الاجباري و يكثر في الفصام المزمن (Compulsive repetition)

— التكرار يظل حتى بعد تلقي المريض لأمر آخر، و يطلق عليه صعوبة

النقلة (Impairment of Switching) ويحدث في حالات الفصام المزمن

والخرف .

— الوظوب الفكري (Ideational Perseveration) وهو ما يحدث فيه تكرار

الحركة أثناء تنفيذ ما يطلب منه .

(٦) التفاعل المغناطيسي (Magnet reaction)
حيث يلمس الفاحص يد المريض و يتركها بسرعة فيحاول المريض متابعتها . كما يحدث في الفصام الكتاتوني وتلف المخ الشديد .

(٧) علامة متجهن (Mitghen Sign)
حيث يضع الطبيب اصبعه على قفا المريض و يضغط بخفه فينحني المريض و يظل ينحني حتى ينكفيء على وجهه ، وحين يرفع الطبيب يده يعود المريض الى وضعه الأول .

(٨) المعاكسة (العناد) (Opposition) وفيها يقاوم المريض الحركات التي يحاول الفاحص عملها .

(٩) السلبية (Negativism)
وهي العناد الزائد والمقاومة دون هدف لكل محاولات الطبيب لفحصه . وتحدث في الكتاتوني والمتخلف وعته الشيخوخة

(١٠) ثنائية القصد (٤) (Ambitendency)
المريض يفعل حركات مبدئية لاتصل الى هدف عندما يتوقع منه القيام بفعل إرادى .. مثل الفاحص الذى يمد يده للمصافحة ويمد المريض يده ولكنه يوقفها ثم يمد ثم يوقف ، ثم يكرر ذلك حتى تصل يده لوضعها الطبيعى دون مصافحة ، وعندما يمك الفاحص يده فان التردد يختفى وتظهر السلبية .

٤ - اضطراب الوضعة (Disturbance of Posture)

وهو الحالة التى يوجد عليها جسم المريض .

(أ) الوضعة المتكلفة (Manneristic Posture) .

وهى المبالغة فى وضع معتاد . وهى فى بعض الفصامين لها علاقة بالضلالات الموجودة .

(٤) اعتبرها (بلويل) تعبير عن ثنائية الوجدان .

(ب) الـوضعة الأسلوبية (Stereotyped Posture)

مثل الكتاتونى الذى يجلس على مسند نفسى (Psychological Pillow) أعلى من المسند الذى يوجد قليلا ، وكذلك عته الشيخوخة .

(جـ) المحافظة على الـوضعة (Perseveration Posture)

يحافظ المريض على وضعه لفترة طويلة أو الوضع الذى وضعه الفاحص ، ويحس الفاحص تصلب مثل قضيب الشمع (المرونة الشمعية) (Wax Flexibility) .. وقد لا توجد مقاومة للفاحص عند تحريك المريض ولكن بمجرد تركه يأخذ المريض فى الانقباض للمحافظة على الوضع الجديد وتسمى (السجدة) (Catalepsy) كما يحدث فى الكتاتونى وأورام الدماغ الأوسط والاضطرابات الوعائية الدماغية .

٥- الأنماط المركبة من السلوك غير السوى :-

(أ) أنماط سلوكية غير هادفة وتشمل :-

(١) الذهول (Stupor)

وهو حالة فقد الحركة والكلام وعدم التفاعل مع المثيرات الخارجية ، وقد يحدث فى حالات عصاب الخوف والمستيريا والاكتئاب والذهان الدورى والفصام الكتاتونى وتلف الدماغ الشديد الذى يصيب البطين الثالث والمهاد والدماغ الأوسط ، وحالات نوبات الصرع الصغرى المستمرة (Petit — mal status) .

(٢) التهيج (Excitment)

وهو السلوك المضطرب غير المنضبط ويحدث بصفة ثانوية لفصام الاضطهاد والهوس وبعض الشخصيات المضطربة .. ويحدث بصفة أساسية فى حالات تصلب الكتاتونى وتلف الدماغ الشديد والاكتئاب المتأجج (Agitated depression) والهذيان والصرع وحالات شرب الكحول المرضى .

(ب) أنماط سلوكية غير سوية هادفة :-

(١) السلوك الطفلى (Childish behaviour) كما فى حالات الفصام .

- (٢) بعض النكات العملية في حالات الهوس واضطراب الشخصية .
- (٣) السلوك العدواني الهادف مثل القتل المرتبط بضلالات : الخيانة (قتل الزوجة) ، الاضطهاد (يقتل مضطهديه) ، أو ضلالات الاصابة بالجنون الذى لا يبرأ والذى انتقل منها الى أطفالها فتقتلهم إنقاذاً لهم من هذا الجنون .
- (٤) الدعارة كسلوك هادف يسعى إليه ويمارسه مريضات التخلف وتلف الدماغ الشديد والهوس والفصام .
- (٥) الانحراف الجنسي الذى يحدث في تلف الدماغ الشديد والفصام .
- (٩) الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة الكلام :
(Speech Disturbances) .

١ — الحبسة (Aphasia) :

- وهى اضطراب فى وظيفة الكلام نتج عن إصابة بعض المراكز الدماغية التى تقوم بها . وقد تكون :—
- (أ) حبسة حركية أو (تعبيرية) (Motor or expressive aphasia) والمريض هنا يفهم ولكنه لا يستطيع التعبير .
- (ب) حبسة التسمية (Nominal or Amnesic aphasia) والمريض هنا لا يستطيع تسمية الأشياء رغم أنه يعرفها .
- (ج) حبسة الفهم (Receptive aphasia) . لا يستطيع المريض فهم الكلمات المسموعة أو المكتوبة .
- (د) عمى الكتابة (Word - blindness) وهى عدم القدرة على معرفة الكلمات المكتوبة .
- (هـ) صمم الكلمات (Word - deafness) عدم فهم الكلمات المسموعة رغم ان الكلام والقراءة والكتابة تكون طبيعية .
- (و) الحبسة الشاملة (Global aphasia) وهى فشل المريض فى كل من الفهم والتعبير .

٢ - التهتهة (اللجلجة) (Stammering) .

وهى تقطع التدفق الطبيعي للكلام بواسطة فترات سكون أو ترديد لأجزاء من الكلمة ، وتصاحبها حركات تقلصية في عضلات الوجه أو حركات تشبه اللوازم .

(٣) البكم (Mutism) .

وهو عدم القدرة على اخراج أى كلام ، ويحدث في بعض اضطرابات الأطفال النفسية والهستيريا والاكتئاب والفصام وتلف الدماغ الشديد .. وهناك بكم الكلمة فقط (Word dumbness) حيث يكون المريض أبكم ولكنه يستطيع القراءة والكتابة .

(٤) التعبير بلغة جديدة (Neologism) .

وهى استخدام المريض لألفاظ مركبة خاصة به لا يمكن فهمها ، وتحدث في حالات الفصام .

(٥) اختلاط الكلام وتشوشه (Speech confusion or Schizophasia)

حيث يتحدث المريض فيكون كلامه مشوشا (مختلطا) ، ويحدث هذا في مرض الفصام وتسمى سلطة الكلام (Word salad) .

(٦) الثثرة (Volubility) .

وهى كثرة الكلام بدون سبب مناسب .

و يوجد تشابه بين اضطراب الحركة (الذى سبق تفصله) وبين اضطراب الكلام من حيث الترديد فهناك :-

— رجع الكلام (Echolalia) .

— أسلوبية الكلام (Stereotypy) .

— الوظوب فى الكلام (Perseveration of speech) .



الفصل الثانى

المقابلة والفحص النفسى والتشخيص

مقدمة :

لا شك أن هدف المهنة الطبية هو تخفيف المعاناة عن الإنسان عن طريق تقديم العلاج ، لكن هناك خطوة تسبق تقديم العلاج وهى تشخيص المرض ، وتشخيص المرض يشتمل على خطوات أخرى هى :—

- (١) أخذ التاريخ المرضى .
- (٢) فحص المريض .
- (٣) عمل الفحوصات المعملية والاختبارات اللازمة .
- (٤) تجميع الدلالات التى تم الحصول عليها من الخطوات السابقة وتشمل : بيانات خاصة بالمريض بالاضافة إلى الأعراض والعلامات المرضية .
- (٥) تحليل هذه البيانات وتشمل :—
 - ١ — تفسيرها وفهمها .
 - ٢ — تصنيف هذه الدلالات .

(٦) وضع افتراضات تشخيصية بناء على هذه الدلالات (التشخيص الفارق)
(Differential diagnosis)

(٧) مقارنة هذه الدلالات وعلاقتها بالافتراضات المقترحة (بمعنى ما هو مع الافتراض الأول من دلالات؟ وما هو ضده؟ أى ما يتفق مع هذا الافتراض وما يختلف)

(٨) التشخيص (Diagnosis) والمقصود به الصياغة التشخيصية .

وسوف نعرض فى الصفحات التالية لكل من هذه الخطوات ، حتى يتسنى لنا الوصول إلى تشخيص نقدم له العلاج المناسب .

١- التاريخ المرضى

وهو عبارة عن المعلومات والدلالات التى يتم جمعها من المريض أو المرافق له أثناء المقابلة الاكلينيكية وتشمل :-
١- بيانات التعريف وتشمل :-

الاسم	—	السن	—	الجنس (ذكر- انثى)
الجنسية	—	الديانة	—	مستوى التعليم
الحالة الاجتماعية	—	عدد الاطفال وجنسهم	—	
المهنة (الوظيفة)	—	العنوان	—	

بالاضافة إلى وصف لبنيان المريض الجسمانى ولون بشرته وعينه وشعره وملابسه ودرجة اهتمامه بمظهره وطريقة كلامه وهيئته أثناء الدخول إلى الطبيب ..

ويلاحظ أن تلك البيانات مع هذا الوصف يتم دمجها معا بأسلوب أدبى ، حيث يتم نقل الصورة للشخص مع البيانات بطريقة أقرب الى التكامل ، فيكون هكذا على سبيل المثال : (فلان ذكر طويل القامة أسمر اللون مشرق القوام معتدله ذو عينين عسليتين وشعر مجعد فاحم اللون ، يرتدى ملابس متناسقة الألوان

مناسبة لسنة الذى تخطى الثلاثين عاما بشهور ثلاثة .. وهو مصرى مسلم حاصل على بكالوريوس التجارة يعمل محاسبا ، تزوج منذ خمسة أعوام ولديه ولد واحد عمره ثلاثة أعوام ، و يقطن بضاحية مصر الجديدة .) .

٢ — التحويل (Referral) .

— مصدر التحويل .

— سبب التحويل .

٣ — الشكوى : (Complaint) وتشمل :—

— من المريض نفسه . (بكلماته كما يقولها) .

— من الأهل أو المرافقين له .

و يلاحظ هنا أننا اذا ترجمنا شكوى المريض والمرافقين له الى اللغة الطبية (أى ترجمتها الى أعراض وعلامات مرضية) ، فان ذلك سوف يساعد على عمل افتراضات تشخيصية يمكن اثبات بعضها ونفى البعض الآخر من خلال المقابلة .

٤ — تاريخ المرض الحالى (History of present illness) ويشمل

— البداية (Onset) كيف بدأت الشكوى ؟

والظروف التى رسيبها ؟

— المسار (مسار الشكوى) (Course) ..

هل تتزايد الشكوى (متروية) (Progressive) أو متراجعة (Regressiv) أو

ثابتة (Stationary) أو متموجة (Fluctuant) ؟

— المدة (Duration) التى مضت منذ ظهور الشكوى حتى اللحظة الحاضرة .

— تدرج الشكوى الزمنى والأعراض التى صاحبت هذا التدرج .

— الأعراض النفسية الأخرى الموجودة حاليا والتى صاحبت أو أعقبت الشكوى

وتفصيلها ، وهى الأعراض المرضية التى نشأت من اضطراب الوظائف النفسية

(التى سبقت الإشارة إليها) ، بالإضافة الى أعراض اضطراب العلاقات

الاجتماعية والعمل .

— الاعراض الجسمانية الموجودة حاليا أيضا .

— العلاج الذى أخذ وتأثيره ومقدار التحسن الذى طرأ بسببه .

— هل أدخل مستشفى بسبب هذه الشكوى؟ المدة التي قضاها؟ ومقدار التحسن؟

٥ — التاريخ المرضى السابق (Past History) ويشمل :-

- حدوث حالة مشابهة في السابق ، متى كانت ؟
- وما العلاج الذى أخذ؟ وماهى الاستجابة لهذا العلاج ؟
- اضطراب نفسى أو عقلى آخر، وما هو وماذا كانت مظاهره الاكلينيكية ؟ متى حدث ذلك ؟
- مرض طبى أو جراحى له علاقة بالحالة المرضية الحاضرة .

٦ — التاريخ العائلى (Family History) .

- وجود حالة مشابهة فى الأسرة .
- وجود حالة مرضية نفسية أو عقلية أخرى لدى أحد افراد الأسرة .
- وجود صلة قرابة بين الوالدين .
- الأب : — حى أو متوفى .
- عمره (ان كان على قيد الحياة) ،
- سبب الوفاة (ان كان متوفيا) .
- مهنته .
- بناؤه الجسمانى .
- سماته الشخصية .
- طاقته وعلاقاته الاجتماعية .
- مزاجه (Temperament) .
- حالته الصحية والاقتصادية (ان كان منفصلا) .
- علاقته بالمريض .

الأم : — متوفيه أو على قيد الحياة .

— عمرها (اذا كانت على قيد الحياة) .

- سبب الوفاة (إذا كانت متوفية) .
- مهنتها .
- بناؤها الجسماني .
- سماتها الشخصية .
- طاقتها وعلاقاتها الاجتماعية .
- مزاجها (Temperament) .
- حالتها الصحية والاقتصادية (إذا كانت تعيش منفصلة)
- علاقاتها بالمريض .

الأخوة : — عددهم .

- عمر كل منهم .
- وظيفة كل منهم .
- الحالة الاجتماعية لكل منهم .
- علاقاتهم بالمريض .

٧ — التاريخ الشخصي : (Personal History) و يشمل :—

(١) مرحلة ما قبل الولادة : (Antenatal) .

- حالة الأم أثناء الحمل (مريضة جسمانيا أو نفسيا أو تعاطت عقاقير)
- الموقف من الحمل (مرغوب أو غير مرغوب) .
- الموقف من جنس المريض (ذكر أو أنثى) (مرغوب أو غير مرغوب) .
- اكتمل الحمل (تسعة شهور) أم كان غير مكتمل .
- الولادة (طبيعية — قيصرية — متعسرة) .

(٢) مرحلة الرضاعة (Infancy) (من الولادة إلى سن عامين) .

- الرضاعة (من الثدي أو من مصدر خارجي) .
- الفطام وصعوبات الفطام (صدميا أم تدريجيا) .
- علامات النمو (Milestones) (الجلوس والوقوف والمشي) .

(٣) الطفولة المبكرة (Early Childhood) (من العام الثالث إلى السادس) .

— نمو الكلام .

— التحكم في المخارج (Sphincter Control) .

— علاقاته الاجتماعية (داخل الأسرة وخارجها) .

— الاحساس بالنفس واعتزازه بها .

— السمات العصابية الموجودة (مثل مص الاصبع وقضم الأظافر) .

(٤) الطفولة المتأخرة (Late Childhood) (من العام السادس وحتى الثانى عشر) .

— الانجاز الدراسى .

— العلاقات الاجتماعية (داخل الأسرة وخارجها) .

— الجنس (علاقات جنسية مبكرة) .

— الاحساس بالنفس .

— السمات العصابية (مثل التهتهة ، التبول اللا ارادى ، قضم الاظافر) .

(٥) المراهقة (Puberty) .

— الانجاز الدراسى (أو العمل والانجاز فيه) .

— العلاقات الاجتماعية (داخل الأسرة وخارجها) .

— الاحساس بالذات ونمو الشخصية .

— الناحية الجنسية : — متى حدث البلوغ ؟

— الميول الجنسية (مغايرة أو مثلية) .

— الممارسات الجنسية (علاقة مع الجنس الآخر ، مع

نفس الجنس ، الاستنماء أو العادة السرية) .

— أخايل جنسية موجودة .

— السمات العصابية الموجودة فى فترة المراهقة .

- (٦) نبذة عن التاريخ العملى — السن عند بداية العمل .
- الوظائف التى عمل بها بالترتيب وأسباب الانتقال من وظيفة لأخرى .
 - الكفاءة التى كان ينجز بها كل من الأعمال السابقة .
 - الاشباع الذى كان يحققه من خلال هذا العمل .
 - العلاقات مع زملائه فى العمل .

- (٧) نبذة عن أداء الخدمة العسكرية : — إذا كان أداها ، متى كان ذلك ؟
- قدرته على التكيف خلالها .
 - هل شارك فى خبرة الحرب وأثرها ؟

- (٨) نبذة عن تاريخ الزواج والانجاب :
- السن عند الزواج .
 - هل كان الزواج : عن اختيار وحب ؟ أو مرتب من قبل الأسرة ؟ أو اجبارى ؟ وما السبب ؟
 - نوع العلاقة مع الزوجة (أو الزوج) .
 - شخصية الزوجة (أو الزوج) .
 - مدة الزواج .
 - عدد الأطفال (ذكور وإناث) وأعمارهم وأعمالهم وظروفهم الصحية (جسدية ونفسية) . وعلاقاتهم بالمريض .

- (٩) نبذة عن تاريخ الشخص الفكرى والعقائدى : —
- هل مرتبتيارات فكرية أو عقائدية مختلفة ؟ ما هى ؟ ومتى كان ذلك ؟ وكيف

٨- الشخصية قبل المرض (Premorbid Personality) .

وتظهر من خلال معرفة مايلي :-

- البنيان الجسماني .
- العلاقات الاجتماعية : مدى اتساعها ، نشاطه الاجتماعي ، والدور الذي يؤديه من خلالها
(هل هو قائد أو تابع أو معتمد) .
- سمته المزاجية (Temperment) اكتسابي — قلق — متقلب) .
- الاهتمامات والهويات .
- التوافق النفسي والاجتماعي .
- القيم والاتجاهات .

ونخلص من ذلك الى أن نوع الشخصية هو (على وجه القطع أو التقريب) :
وسواسية أو هستيرية .

٢- فحص المريض

وهو عبارة عن الدلالات (أو العلامات) المرضية التي يمكن للفاحص جمعها من خلال ملاحظته للمريض أو من خلال الحوار مع المريض أو مع المرافقين الملاحظين لسلوكه ويشمل :-

١- المظهر العام :

- البنيان الجسماني .
- تعبير الوجه .
- حالة الملابس (مناسبة أم لا) .
- الوضع الذي يتخذه المريض .
- ٢- تعاون المريض من عدمه .
- ٣- فحص الوظائف النفسية : بهدف استخراج الأعراض المرضية التي تنشأ من اضطراب هذه الوظائف (كما تم توضيحه في الفصل السابق) :-

- (١) الحركة : وتوصف من حيث الكمية والكيفية ، أو وجود حركات لا إرادية أو مستحثة بواسطة الفاحص (مثل المرونة الشمعية) .
- (٢) الكلام : وصفه من حيث تدفقه وسرعته أو بطء إيقاعه أو تردده في نطق الكلمات أو تهتهة وتكرار .
- (٣) الوعي : و يوصف من حيث يقظته لادراك نفسه وما حولها بوضوح من عدمه .
- (٤) الانتباه : ويتم فحصه بأن يطلب من المريض أداء عملية حسابية بسيطة تناسب مستواه التعليمي وتتطلب التركيز، مثل طرح (٧) من (١٠٠) متسلسلا وصولا إلى الصفر، ومن خلالها يرصد ما يعترى الانتباه من أعراض .
- (٥) الاهتداء (ادراك البيئة) : حيث يسأل المريض عن ادراكه الزمان والمكان والأشخاص .
- (٦) الادراك : حيث يسأل المريض عن اضطرابات الادراك (مثل الهلاوس وخطأ التأويل) ، وتوصف من حيث محتواها والظروف التي تحدث فيها (مثل وجودها عند الدخول في النوم) .
- (٧) الذاكرة : ويتم فحص الذاكرة المباشرة باختيار الأرقام المفردة تصاعديه أو تنازلية (ستة أرقام) (digit forward & Backward) والذاكرة قصيرة المدى تفحص بواسطة رواية قصة للمريض في دقيقة أو اثنتان ، ثم سؤاله عن أحداثها بعد عدة دقائق من الحديث في شيء آخر، أو بتحفيظه اسم وعنوان ورقم تليفون ثم سؤاله عنها في نهاية المقابلة (أو بعد عدة دقائق) ، أما ذاكرة الأحداث البعيدة فيتم فحصها من خلال التاريخ المرضي وتذكره لأحداث الطفولة بالاضافة إلى سؤاله عن بعض الأحداث العامة (القومية) التي وقعت من فترة طويلة .
- (٨) الوجدان : ويتم فحصه بملاحظة الطبيب للتعبير الخارجي (Expression) ثم سؤال المريض عن شعوره الداخلي

(Subjective Feeling) ، و يوصف الوجدان من حيث العمق والشدة والمدة ومناسبة الوجدان للموقف من عدمه .

(٩) التفكير: لكي يتم فحص التفكير يجب أن نتذكر مكوناته (كما سبق تفصيلها) من قوة متحركة في التفكير ومسار ومحتوى وهدف ... الخ ، ونصف كلا منها من خلال ما يقوله المريض في التاريخ المرضي أو ما نسأله عنه بشكل مباشر (مثل هل هناك من يسهلك أو يحاول إيذاءك) .

٤ — الذكاء : ويتم تقديره من خلال المقابلة الاكلينيكية على وجه التقريب ، من خلال السؤال عن بعض المعلومات العامة والمستوى الدراسي والانجاز الوظيفي .

٥ — الاستبصار (insight) : و يقصد به معرفة المريض ودرايته بمرضه ورغبته في العلاج ، فقد ينكر مرضه تماما ، وهذا يعد فاقد للاستبصار كليا ، وقد يعي مرضه ولكنه يلوم الآخرين على ذلك ، فيعتبر مستبصر جزئيا .

٦ — الحكم على الأمور (Judgement) : ويتم تقييمه من خلال أخذ التاريخ المرضي ومعرفة كيف يحكم المريض على الأمور الاجتماعية ؟ وهل يفهم نتائج سلوكه و يقدرها ؟ ويمكن التأكد بطرح موقف افتراضي عليه ومعرفة حكمه وتصرفه في هذا الموقف .

٧ — تكامل الشخصية (Integration) : وهذا يقدره الفاحص في نهاية فحص الحالة العقلية ، هل الشخصية متماسكة ومتكاملة أم غير متماسكة ؟ أى مفككة (disintegration) .

٨ — الفحص الجسماني : ويشمل الفحص العام وأجهزة الجسم المختلفة وفحص الجهاز العصبي .

٣ — الاستقصاءات العلمية والاختبارات

وهي الوسائل التي تلجأ إليها بهدف استكمال الدلالات والمعلومات عن المرض ، أو تأكيد أحد الافتراضات التشخيصية دون غيرها .. ومن الفحوصات العملية :—

(١) تحاليل طبية مثل معرفة نسبة السكر بالدم أو الكولسترول بالدم أو نسبة الهيموجلوبين ، أو تحليل السائل النخاعي (C. S. F) .

(٢) فحوصات باستخدام الأشعة (X Ray) :
كما التي تجرى لفحص الجمجمة أو العمود الفقري .

(٣) تخطيط الدماغ الكهربائي (E. E. G) أو (Electroencephalogram)
ويكشف في بعض الحالات عن وجود اضطراب في النشاط الكهربائي للدماغ مما يشير إلى اضطراب وظيفة الدماغ و يكون ذلك بؤريا (Focal) أو موزعا في منطقة ما أو في كل مناطق الدماغ .. وهو هام في تشخيص حالات الصرع بأنواعها المختلفة .

(٤) التصوير الطبقي للدماغ باستخدام الكمبيوتر
(Computerized Axial Topography)
وهو يصور طبقات الدماغ المختلفة من حيث وجود ورم أو وذم (Edema)
أو احتشاء (Infarction) وفي أى طبقة من الدماغ .

والاختبارات النفسية تستخدم لنفس الهدف وهو تأكيد أو شخيص أو استكمال المعلومات اللازمة لتأكيد أحد الافتراضات التشخيصية ، وهي متنوعة ومنها ما يقيس معدل الذكاء ، ومنها ما يقيس الميول العصابية أو الذهانية ، وهناك ما يدل على نمط الشخصية ، وما يكشف عن أمراض معينة ، وما يكشف عن وجود الإصابة العضوية .

٤ - تجميع الدلالات المرضية

و يتم في هذه الخطوة تجميع الدلالات المرضية الموجبة والسالبة مع بيانات المريض الأساسية في صورة ملخص بالاضافة إلى نتائج الفحوص المعملية والاختبارات النفسية إن وجدت .

٥ - تحليل البيانات المرضية وتصنيفها

حيث يتم فهم الدلالات المرضية (اكلينيكية ومعملية) ، وتصنف حسب

اتفاق بعضها مع بعض أو اختلافها . فمثلا تصنف الأعراض التي تشير إلى اكتئاب معا والتي تشير إلى قلق معا .

٦- التشخيص المفاوق (Differential Diagnosis)

وهو وضع الافتراضات التشخيصية المحتملة حسب أولية الترجيح التشخيصي .

٧- ترجيح التشخيص

حيث يتم ترجيح أحد الافتراضات التشخيصية حيث تتفق معه أغلب الدلالات المرضية ويمكن تفسيرها بناءا عليه ، وقد يستدعى الأمر إضافة تشخيص آخر مصاحب حتى يمكن اكتمال التفسير المرضي للدلالات .

٨- الصياغة التشخيصية (Diagnostic Formulation)

ونظرا لأن الانسان المريض ككل هو محور الاهتمام في الطب النفسي وليس المرض فقط كما هو الحال في الطب العضوي (ذو النظرة القاصرة) ، لذلك كانت الصياغة التشخيصية تشمل تعريفا بالمرض من حيث السن والجنس ثم يتضمن التشخيص للمحاور التشخيصية الخمسة الآتية :-

(أ) الحالة الاكلينيكية المرضية (الزملة المرضية)

(Clinical Psychiatric Syndrome)

(ب) اضطراب الشخصية المصاحب (أو الاضطرابات التطورية الخاصة في

حالات الأطفال والمراهقين)

(Specific Developmental Disorders)

(ج) الاضطرابات والأمراض الجسمية المصاحبة .

(د) شدة الضغوط النفسية والاجتماعية المؤثرة في حدوث الحالة المرضية .

(هـ) مستوى التكيف خلال السنة الماضية وتشمل :-

— العلاقات الاجتماعية .

- الانجاز الوظيفى (Occupational Functioning) .
- استخدام وقت الفراغ (كيف يقضى وقت فراغه ؟)

ويمكن أن يعقب الفاحص بتوضيح دينامى لحالة المريض وصراعاته الخارجية والداخلية، بالإضافة إلى توضيح نشوئى يشير إلى العوامل المهيثة للحالة المرضية من نقاط التثبيت أو النكوص أو الصدمات العاطفية المبكرة.. وذلك لما تسهم به من ضوء فى طريق العلاج .



الفصل الثالث

الأهمية الاكلينيكية لبيانات المقابلة في تشخيص المرض

الأهمية الاكلينيكية لبيانات التعريف والوصف الظاهري للمريض :-

١ - الاسم : قد يكون الاسم غريبا أو له معنى غير مقبول ، أولا يميز جنس المريض ، أو يشير إلى شخصية تاريخية أو اجتماعية ، أو هو نفس اسم الأب أو الجد ، أو يكون له اسم شهرة غير اسمه الحقيقي وأحدهما محبب اليه والآخر مكروه منه .

٢ - السن : وهو يشير إلى المرحلة التطورية التي يمر بها الشخص ، وهذا يشير إلى الاضطرابات النفسية أو العقلية التي تظهر في بعض المراحل ، حيث ترتبط مرحلة مثل المراهقة بتوتر ذاتي يتعلق بعدم تحديد العناصر التي تتعلق بهوية الشخص ، وإذا زادت تظهر ما تسمى بأزمة الهوية ..

وهناك بعض الأمراض ترتبط بأعمار معينة فمثلا :-

— الفصام أكثر انتشارا في الفترة بين سنى الخامسة عشر والأربعين (١٥-٤٠) .

- تكثر حالات البارانونيا في العقد الرابع من العمر (٣٠ — ٤٠) .
- في سن اليأس يكثر حدوث الاكتئاب لدى الاناث .
- ٣ — الجنس :— وهو يشير إلى النوع ذكرا كان أو أنثى حيث أن هناك اختلافات فسيولوجية . ونفسية بين الذكر والأنثى وبناء على ذلك فإن كل منهما يكون معرض لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية أكثر من الآخر . فمثلا :—
- تكون المرأة أكثر عرضة لاضطرابات نفسية تتعلق بالدورة الشهرية والحمل والولادة فانقطاع الدورة الشهرية (في سن اليأس) مرتبط لدى المرأة أكثر من الرجل بحدوث الاكتئاب .
- ويكون الرجل أكثر عرضة لمشاكل الادمان والاصابات والجرائم من المرأة .
- والنساء يحاولن الانتحار أكثر من الرجال ولكن نسبة المنتحرين من الرجال أكثر من النساء .
- ٤ — الجنسية : وهي تشير إلى حالة المريض الاقتصادية أحيانا ، أو انتشار بعض الأمراض بصفة خاصة لدى بعض الجنسيات ، بالإضافة إلى ما تتميز به بعض الشعوب عن بعضها الآخر من عادات وتقاليد وقيم اجتماعية تؤثر في سلوك الفرد وحالته النفسية .
- ٥ — الديانة : وهي تلقى بعض الضوء على ما يمكن أن يتأثر به المريض من قيم عقائدية وأفكار بالإضافة إلى ما يفرضه هذا الدين من سلوكيات تنظم حياة الفرد .. وقد يكون الشخص متدينا (أى ملتزما بسلوكيات أحد الأديان) ، أو ملحدا (يعترض و يرفض جميع الأديان) ، أو أنه لا يعرف عن الأديان ولا يهتم بذلك وهؤلاء هم الأغلبية من البشر .
- ٦ — الحالة الاجتماعية : ويقصد بها الزواج من عدمه (أى أعزب — متزوج — مطلق — أرمل) ولا شك أن الشخص المتزوج يكون أكثر استقرارا نفسيا من الآخرين الذين غالبا ما يسيطر عليهم الشعور بالوحدة أو الرفض ، فالطلاق قد يكون سببا للاضطراب النفسى إن لم يكن نتيجة له ، والأرمل يشعر بالوحدة وافتقاد الرفيق ونقص الاشباع الجنسي والعاطفى والاجتماعى .

٧- عدد الأطفال وجنسهم و يشير هذا الى استقرار الأسرة أو انتظارها لطفل بوجه عام أو انتظارها لطفل من جنس معين ، كأن يكون لدى الأسرة أربعة من الأطفال الاناث و ينتظرون طفلا ذكرا .

٨- مستوى التعليم : وهو يشير إلى مستوى الذكاء لدى المريض ، واهتماماته ومدى توافق هذا التعليم مع ميوله .

٩- المهنة (الوظيفة) : وهذا يشير إلى طبيعة المشكلات التي يواجهها المريض ، ومقدار الجهد الذى يبذله والقلق الذى يتعرض له أو بعض المواد التى قد يتعرض لها أثناء عمله وهو يشير إلى المستوى الاقتصادى الذى يعيش فيه .

١٠- العنوان وهو يشير إلى البيئة التى يعيش فيها المريض وهذا يشير أيضا إلى الحالة الاقتصادية ، كما أن بيئة الريف التى تتميز بقوة العلاقات الاجتماعية والروابط الأسرية تقلل من فرص ضغط الظروف الخارجية وانهيار الشخص كفريسة للمرض . خلافا لبيئة المدينة التى تتسم بالتوتر والزحام والعزلة الاجتماعية وتلوث البيئة من عادم السيارات والمخلفات والمصانع ، والتلوث بالضوضاء ، وكل هذه العوامل تؤدي الى المعاناة والاضطراب النفسى .

كما أن العنوان يشير الى المنطقة التى قد تتميز بعادات وتقاليد معينة ، أو يشير إلى منطقة انتشار لأمراض معينة مثل أوبئة التهاب الدماغ أو أمراض معينة متوطنة مثل الملاريا والبلهارسيا .. أو انتشار مواد مخدرة ..

ويجب كتابة العنوان كاملا حتى إذا حدث للمريض شىء ما يمكن الاتصال بأهله كما يسهل الاتصال بالمريض عند الحاجة فرما أخطأ الطبيب فى وصف عقار فيمكنه تدارك الخطأ .

١١- جهة التحويل وسبب التحويل : حيث يختلف الأمر فى حضور المريض بنفسه وبناء على رغبته عن احضاره بواسطة أهله أو عن طريق القضاء أو الشرطة ، وكذلك سبب التحويل إذا ما كان للعلاج أو لمعرفة مدى سلامة قواه العقلية .

١٢- الشكوى : وهى أكثر الأعراض ازعاجا للمريض (إذا كانت بكلمات المريض نفسه) ، أو أكثر الأعراض ازعاجا للمحيطين (إذا كانت بكلمات المرافقين) ، وإذا كانت الشكوى من المريض تشير إلى أعراض مرضية تسبب له

ازعاجا ، فإن ذلك لاشك يشير إلى قدر من الاستبصار بحالته ، أما إذا كانت كلماته لا علاقة لها بالشكوى أو ليس له شكوى على الإطلاق وكانت شكوى المرافقين تشير إلى أعراض مرضية ، فإن ذلك قد يشير إلى نقص الاستبصار لدى المريض .

١٣- تاريخ المرض الحال : وأهمية هذا الجزء هو تحديد المرض من حيث المكان وطبيعة المرض وسببه (المرسب) ، بالإضافة إلى امتداد المرض وتأثيره على انجاز الشخص وعلاقاته الاجتماعية ، مع ملاحظة وجود أعراض جسمانية قد تشير إلى علة جسمانية تكون هي السبب المباشر أو غير المباشر في حدوث المرض النفسى كما أن العلاج الذى أخذ وتأثيره يؤكد (كاختبار علاجي) (Theraputic test) الافتراض التشخيصى أو ينفيه ، كما أن مقدار التحسن قد يشير إلى التنبؤ بطبيعة المرض إذا كان متراجعا أو غير ذلك .

١٤- التاريخ المرضى السابق : والغرض منه معرفة ما إذا كان المرض الحال نوبة جديدة لمرض حدث قبل ذلك ، والعلاج الفعال الذى أخذ ، أو أن المريض سبق أن أصيب بمرض عقلى آخر الذى ربما يكون مهبطا للمرض الحال ، كذلك قد يكون المرض الجسمانى السابق هو السبب فى الصورة المرضية الحاضرة ، أو التعرض لحادثة أثرت على الدماغ .

١٥- التاريخ العائلى : ترجع أهمية هذا الجزء إلى :

(أ) الوراثة : حيث تلعب الوراثة دورا فى إحداث المرض العقلى إما عن طريق الاستعداد الوراثى أو عن طريق الوراثة المباشرة (مثل مرضى القصور العقلى) .

(ب) البيئة الأسرية : فعن طريق معرفة شخصية الأب والأم والعلاقات الاجتماعية بينهم وبين أبنائهم ومستوى الأسرة الاقتصادى وعلاقة كل منهم بالمريض يلقى الضوء على العوامل المهيئة والمرسبة للمرض والتي نشأت من ظروف الأسرة وطبيعة علاقات أفرادها .

١٦- التاريخ الشخصى : وهو يعتبر قطاع طولى فى حياة الشخص يمتد من قبل الميلاد حتى الوقت الحال وهو يصف إلى أى مدى نجح الشخص فى تخطى المراحل

السابقة ، واستكشاف العوامل المهيئة المختلفة ومعرفة أى تعوق مبكر في حياته، سواء كان وظيفيا أو نفسيا أو اجتماعيا .

١١- الشخصية قبل المرض : وهى تمثل قطاع عرضى فى شخصيته قبل المرض حيث يتضمن الوصف الجسمانى (البناء الجسمانى والطاقة والنشاط والصحة البدنية) والوصف النفسى (قدرته على الحب والعمل وحالته المزاجية) والوصف الاجتماعى (العلاقات بالآخرين والانبساطية أو الانطوائية) ..

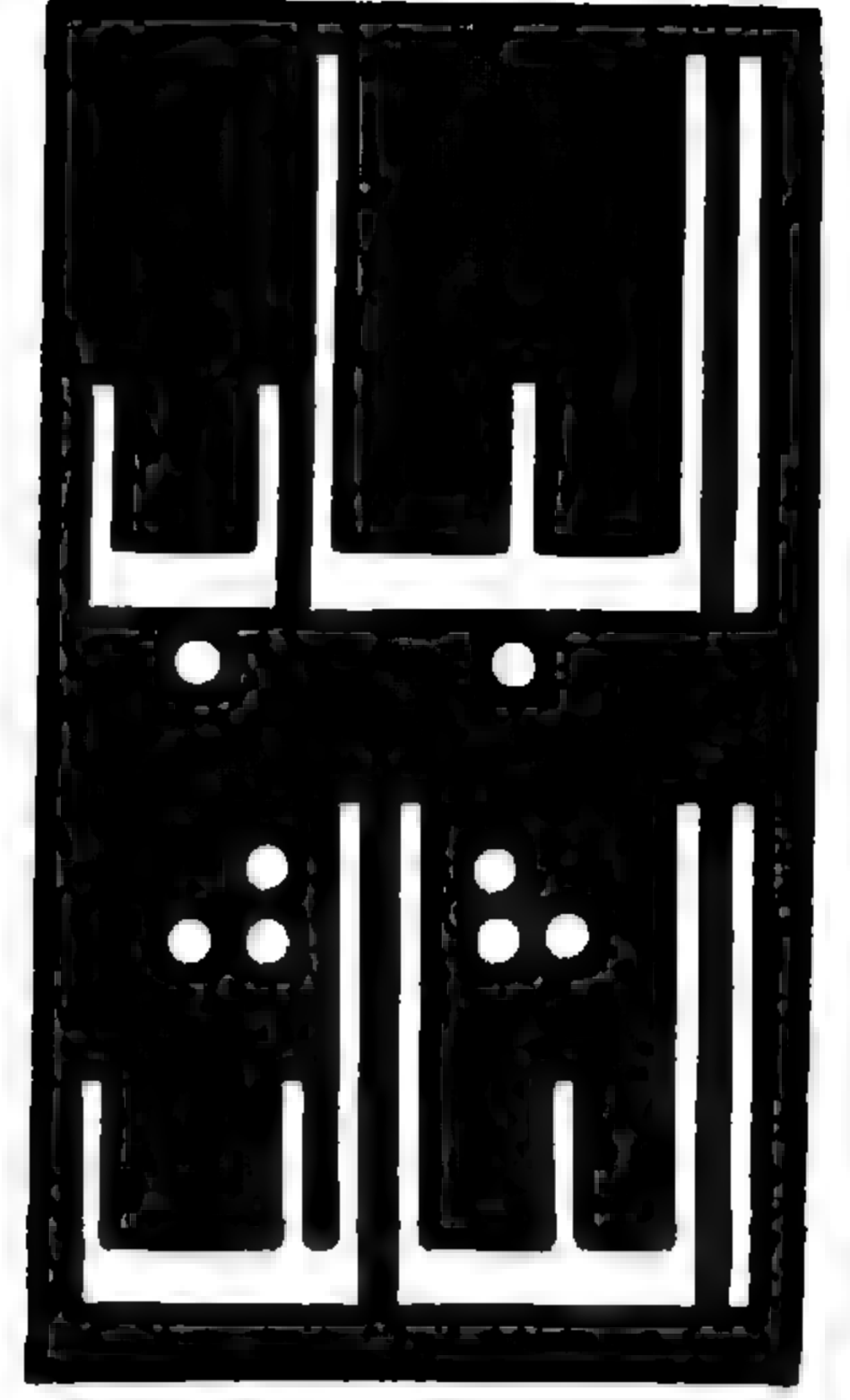
ولاشك أن نوع الشخصية قبل المرض يساعد على فهم الصورة المرضية الحاضرة (حيث أن الصورة الاكلينيكية الحاضرة هى محصلة المرض الموجود مضروبا فى نوع الشخصية) ..

ومثال ذلك أن الصورة الاكلينيكية للاكتئاب النفسى تختلف من مريض شخصيته هستيرية عن آخر شخصيته شبه فصامية .

١٨- فحص المريض : وهو فحص الحالة المرضية الحاضرة ، وإذا كان التاريخ المرضى يهدف إلى جمع معلومات من المريض أو مرافقيه تقترب فى دقتها من الدرجة الثانية (أى أنها قد تحتل عدم الموضوعية) ، فإن أهمية الفحص هى جمع دلالات (معلومات) تقترب من الدرجة الأولى أى الذى يشاهده الفاحص مباشرة ، ولكنها قد تخضع لتشويهاات الفاحص خاصة إذا كانت خبرته قليلة ، وتقترب من الموضوعية وتقل تشويهاات الفاحص كلما زادت خبرته .

ونلاحظ من ذلك أهمية المعلومات التى يتم الحصول عليها من خلال المقابلة والفحص الإكلينيكى .





تصنيف الأمراض النفسية .

الفصل الاول

تصنيف الامراض النفسية

التصنيف هو تخفيض عدد الظواهر وتحديد لها على أساس خواص مشتركة بين مفردات الصنف الواحد ، بحيث يسهل اخضاع الظواهر المنفردة لقوانين عامة تسهل فهمها والتعامل معها .

١ - التصنيف الدولي :-

لقد عقد أول مؤتمر لوضع أول قائمة بأسباب الوفاة (للإنسان) (International List of Causes of Death) عام (١٩٠٠) في باريس بفرنسا ، ولم تتضمن هذه القائمة الأمراض العقلية ، واستمرت تجاهلها إلى عام (١٩٣٩) حيث كانت القائمة الخامسة (IC. D. 5) فوضعت الأمراض العقلية ضمن الفصل الخاص بأمراض الجهاز العصبي وأعضاء الحس المتخصصة وكان المذكور منها حينئذ أربعة مجموعات فقط هي :

١ - النقص العقلي (Mental Deficiency) .

٢ - الفصام (Schizophrenia) .

٣ - ذهان الهوس والاكتئاب (Manic Depressive Psychosis) .

٤ - كل الأمراض العقلية الأخرى .

ثم تغيرت فكرة هذه القائمة فأصبحت لا تشمل فقط أسباب الوفاة ولكن أضيف إليها الأمراض التي قد لا تؤدي إلى الوفاة، وصدرت القائمة السادسة (ICD.6) عام (١٩٤٨) واشتملت لأول مرة على فصل خاص بالأمراض العقلية شاملا أسباب المرض والوفاة .. ثم كانت القائمة السابعة (ICD. 7) عام (١٩٥٥) التي لم تضيف جديدا فيما يتعلق بالأمراض العقلية .. وحينئذ نشط أطباء النفس على مستوى العالم بمساعدة منظمة الصحة العالمية (W.H.O) فصدرت القائمة الثامنة (ICD. 8) عام (١٩٦٥) متضمنة الوصف الاكلينيكي والتشخيص الفارق والعلاج للاضطرابات العقلية ومن هنا بدأت اللغة المشتركة للطب النفسي تصل بين أجزاء العالم ، وشجع ذلك الأطباء النفسيون على بذل مزيد من الجهد ظهر في القائمة التاسعة (ICD. 9) عام (١٩٧٩) مشتملة على إضافات وتحسينات كثيرة منها إضافة اضطرابات الأطفال النفسية واضطرابات النمو وهناك محاولات لإخراج القائمة العاشرة (ICD. 10) حيث أصدرت منظمة الصحة العالمية مسودة لها عام (١٩٨٨) .

— التصنيف الأمريكي —

ظهر التصنيف الأمريكي الأول للأمراض النفسية (Manual of Mental Disorders) في عام (١٩٥٢)، ثم أعقبه التصنيف الأمريكي الثانى عام (١٩٦٨)، ثم ظهر التشخيص الإحصائى الثالث (DSM—III) (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) فى عام (١٩٨٠) بعد تطبيق إحصائى للتصنيف الدولى المعدل اكلينيكيًا (ICD9—cm)، ثم ظهر أخيرا الدليل الإحصائى التشخيصى الثالث المراجع (DSMIII—R) فى عام (١٩٨٧) .

٣ - التصنيف المصرى —

لقد صدر دليل تشخيص للأمراض النفسية المصرى عام (١٩٧٩) واعتمد فى إخراجہ على ما توافر من معلومات فى التصنيف الدولى الصادر فى عام (١٩٦٨) وكل من التصنيف الأمريكى والفرنسى الصادرين فى نفس العام .

ولوحظ أن التصنيف الأمريكي التشخيصي الإحصائي الثالث والمراجع يتميزان عن غيرهما من التصنيف بما يلي :-

١ - وجود فصل مستقل عن الاضطرابات النفسية التي تظهر لأول مرة في الطفولة والمراهقة .

٢ - مزود بدلالات تشخيصية محددة لكل من الاضطرابات العقلية المدرجة به .

٣ - اتباعه للمحاور التشخيصية المتعددة (التي سبق ذكرها ضمن الصياغة التشخيصية) .

ونظرا لهذه المميزات فإننا سوف نعرض الخطوط العريضة للتصنيف الأمريكي الإحصائي الثالث المراجع (D.S.M. III - R) فيما يلي ثم نفصل الأمراض النفسية طبقا لما جاء به من مواصفات تشخيصية .

١ - الاضطرابات التي تظهر لأول مرة في الطفولة أو المراهقة (١) :-
(١) اضطرابات النمو :-

(أ) التخلف العقلي (Mental Retardation) .

— خفيف الدرجة — متوسط الدرجة .

— شديد الدرجة . — بين واضح جدا (Profound)

— غير نوعي .

(ب) الاضطرابات مفسدة النمو: (Pervasive developmental disorder)

— اضطراب الذاتوية الطفلية (Autistic disorder) .

— اضطراب مفسد للنمو غير مصنف في مكان آخر .

(ج) اضطرابات النمو الخاصة :-

— اضطرابات المهارات الأكاديمية (وتشمل اضطراب نمو مهارة الحساب

واضطراب نمو مهارة الكتابة والقراءة .) .

(١) لم أقفل هذه الاضطرابات لأنها موضوع كتاب آخر للمؤلف بعنوان نفسية الطفل والمراهق وامراضها .

- اضطرابات اللغة والكلام (وتشمل اضطراب نمو نطق الكلام أو التعبير اللغوى) .
- اضطرابات المهارات الحركية وتشمل (اضطراب نمو التحكم الحركى واضطراب نمو خاص غير مصنف فى مكان آخر) .
- اضطرابات نمو أخرى .

(٢) اضطرابات السلوك المشوه (Disruptive Behaviour Disorders) .

- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة .
- اضطراب السلوك (Conduct Disorder) ويشمل (اضطراب السلوك ضمن عصابة أو الانفرادى أو غير المتميز أو اضطراب العناد الشاذ .) .

(٣) اضطرابات القلق فى الطفولة أو المراهقة :—

- اضطراب قلق الانفصال .
- اضطراب التجنب .
- اضطراب القلق المفرط (الغامر) (Overanxious disorder) .

(٤) اضطرابات الأكل :—

- القهم العصاى (Anorexia nervosa) .
- الشره المرضى (العصاى) (Bulimia nervsa) .
- اضطراب الترجيع (الاجترار) فى الرضاعة .
- اضطراب الأكل غير المصنف فى مكان آخر .

(٥) اضطرابات الهوية الجنسية (Gender identity Disorders) .

- اضطراب الهوية الجنسية فى الطفولة .
- اضطراب عدم قبول الجنس (Transsexualism) .

- اضطراب الهوية الجنسية في المراهقة أو الرشد غير الراض لجنسه .
- اضطراب الهوية الجنسية غير المصنف في مكان آخر .

(٦) اضطرابات اللوازم (Tic Disorders) .

- اضطراب توريت (Tourette's Dis)
- اضطراب اللازمة الحركية المزمنة أو الصوتية .
- اضطراب اللازمة العابر .
- اضطراب اللازمة غير المصنف في مكان آخر .

(٧) اضطرابات الاخراج (Elimination Disorders) .

- الاضطراب الوظيفي للتحكم في التبرز (Functional encopresis) .
- الاضطراب الوظيفي للتحكم في التبول (Functional enuresis) .

(٨) اضطرابات الكلام غير المصنفة في مكان آخر .

- اضطراب تدفق الكلام (Cluttering) .
- اضطراب التهته (Stuttering) .

(٩) اضطرابات أخرى في الطفولة أو المراهقة :—

- اضطراب البكم الاختياري (Elective mutism) .
- اضطراب الهوية (Identity disorder) .
- اضطراب الارتباط الاجتماعي التفاعلي في الرضاعة أو الطفولة المبكرة .
- اضطراب العادة المتكررة (Stereotypy Habit Disorder) .
- اضطراب نقص الانتباه غير المتميز .

٢- الاضطرابات العقلية العضوية (Organic Mental Disorders) .

(١) الخرف الحاد في الشيخوخة أو قبلها .

— الخرف التنكسي الأول من نوع الزهيمر البادئ في الشيخوخة :—

• المصحوب بهذيان (delirium)

• المصحوب بضلالات .

• المصحوب باكتئاب .

• غير المصحوب بمضاعفات .

— خرف الاحتشاء المتعدد (Multy — infarct Dementia)

— خرف الشيخوخة غير المصنف في مكان آخر .

— خرف ما قبل الشيخوخة غير المصنف في مكان آخر .

(٢) اضطرابات عقلية ناشئة عن تعاطي مواد ذات تأثير نفسي

— الكحول وما ينشأ عنه من انسمام أو انسحاب أو هلاوس أو نساوة أو خوف .

— الأمفيتامين والمواد الشبيهة المفعول وما ينشأ عنها من انسمام أو انسحاب أو هذيان أو ضلال .

— الكافيين وما ينشأ عنه من انسمام .

— القنب وما ينشأ عنه من انسمام أو اضطراب ضلالي .

— الكوكايين وما ينتج عنه من انسمام أو انسحاب أو هذيان أو اضطراب ضلالي .

— المهلوسات وما ينتج عنها من هلاوس أو اضطراب ضلالي أو وجداني أو اضطراب ادراكي يعقبا .

— المستنشقات (Inhalants) وما تحدثه من انسمام .

— النيكوتين وما ينتج عنه من انسمام .

— الأفيون ومشتقاته وما ينتج عنه من انسمام وانسحاب .

— عقار ال ب سى ب (P C P) وما ينتج عنه من انسمام وهذيان واضطراب ضلالى واضطراب وجدانى .

— المهذئات والمنومات وما تحدثه من انسمام أو انسحاب أو هذيان انسحابى أو نساوة .

— مواد أخرى غير نوعية وما تحدثه من انسمام أو انسحاب أو هذيان أو خرف أو نساوة أو اضطراب ضلالى أو وجدانى أو قلق أو اضطراب شخصية أو اضطراب غير مصنف .

(٣) اضطرابات عقلية عضوية ترتبط باضطراب جسمانى أو لسبب غير معروف وتشمل الهذيان والخرف واضطراب النساوة والاضطراب الضلالى العضوى والهلاوس واضطراب الوجدان العضوى واضطراب القلب العضوى واضطراب الشخصية العضوى والاضطراب العقلى غير المصنف فى مكان آخر .

(٤) الادمان سواء بالاعتماد على المادة فسيولوجيا أو الاسراف فى تعاطيها وهذه المواد هى الكحول والأمفيتامين وما يشبهه والقنب والكوكايين والمهلوسات والمستنشقات من النيكوتين (اعتماد فقط) ، والأفيون ومشتقاته وعقار ال ب سى ب والمهذئات والمنومات ، والادمان لمواد متعددة ، والاعتماد على مادة ذات مفعول نفسى غير المصنف فى مكان آخر أو الاسراف فى تعاطيها .

٣ — الفصام (Schizophrenia) : —

— الكتاتونى (Catatonic) .

— غير المنتظم (Disorganized) .

— الاضطهادى (Paranoid) .

— غير المتميز (Undifferentiated)

— المتبقى (Residual) .

ويحدد أى من هذه الأنواع ما إذا كان لم يصبح مزمنًا أو أصبح مزمنًا ، ويصاحبه تفاقم (اشتداد) للأعراض ، أو فى هدأة أو غير نوعى .

٤ — الاضطراب الضلالي: — (Paranoid) (Delusional Disorder)

— اضطراب ضلالي (Delusional disorder) بأنواعه المختلفة الآتية: —

* هوس المحب (erotomanic)

* العظمة (grandiose) .

* الغيرة (Jealous) .

* الاضطهاد (persecutory) .

* الجسدية (Somatic) .

* غير النوعي (unspecified) .

٥ — اضطرابات ذهانية غير مصنفة في مكان آخر

— تفاعل ذهاني قصير الأمد (Brief reactive psychosis)

— الاضطراب شبه الفصامي . (Schizophreniform disorder)

— اضطراب الفصام الوجداني (Schizoaffective disorder)

— الاضطراب الذهاني المحدث (Induced psychotic disorder)

— الاضطراب الذهاني غير المصنف في مكان آخر (غير المطابق للأنواع السابقة) .

٦ — الاضطرابات الوجدانية (Mood Disorders) .

(١) الاضطرابات ثنائية القطبية (Bipolar Disorder) الذي قد يكون: —

— مختلط (Mixed)

— هوسي (Manic)

— اكتئابي (Depressed)

— دوارى (سيكلوثيميا) (Cylothymia) .

— اضطراب ثنائي القطبية غير مصنف في مكان آخر .

(٢) الاضطرابات الاكتئابية (Depressive Disorder) .

- نوبات الاكتئاب العظمى (Major Depression) وقد تكون نوبة واحدة (Single) أو متكررة (Recurrent) .
- الديسثيميا (عصابى اكتئابى) (Dysthymia) .
- الاضطراب الاكتئابى غير المصنف فى مكان آخر .

٧— اضطرابات القلق (Anxiety Disorders)

- اضطراب الهلع (Panic disorder) المصحوب برهاب الأماكن المتسعة أو غير المصحوب .
- رهاب الأماكن المتسعة غير المصحوب بنوبات هلع (Agoraphobia) .
- الرهاب الاجتماعى (Social Phobia) .
- الرهاب البسيط (Simple Phobia) .
- اضطراب الوسواس القهرى (Obsessive Compulsive disorder) .
- الانعصاب بعد حادثة (Post traumatic Stress disorder) .
- اضطراب القلق العام (Generalized Anxiety Disorder) .
- اضطراب القلق غير المصنف فى مكان آخر .

٨— الاضطرابات جسمية الشكل : (Somatoform Disorders) .

- اضطراب التشوه الوهمى للجسد (Body dymorphic disorder) .
- اضطراب التحول (Conversion disorder) أو عصاب الهستيريا .
- توهم المرض (Hypochondriasis) .
- اضطراب التجسيد (Somatization disorder) .
- اضطراب الألم الجسمى الشكل (Somatoform pain disorder)

- اضطراب جسدی الشكل غیر المتمیز
(Undifferentiated Somatoform disorder)
- الاضطراب جسدی الشكل غیر المصنف فی مكان آخر
- ٩ — الاضطرابات الانشقاقية (Dissociative Disorders)
(أو عصاب الهستيريا النوع الانشقاقي) وتشمل :-
- اضطراب تعدد الشخصية (Multiple personality Disorder)
- الشراد النفسی (Psychogenic fugue) .
- النساوة النفسية (Psychogenic amnesia) .
- اضطراب اختلال الإنية (Depersonalization Disorder) .
- الاضطراب الانشقاقي غیر المصنف فی مكان آخر .
- ١٠ — الاضطرابات الجنسية (Sexual Disorders) .
- (١) الشذوذات الجنسية (Paraphilias) .
- الاستعرائية (Exhibitionism) .
- التوثين (الفيتيشية) (Fetishism) .
- التحكك (Frotteurism) .
- الولع بالأطفال (Pedophilia) .
- المازوخية الجنسية (Sexual Masochism) .
- السادية الجنسية (Sexual Sadism) .
- التوثين منحرف الملابس (Transvestic Fetishism) .
- التبصص (Voyeurism) .
- الشذوذ الجنسي غیر المصنف فی مكان آخر .

(٢) اضطرابات الوظيفة الجنسية (Sexual dysfunctions) .

(أ) اضطرابات الرغبة الجنسية وتشمل: —

— اضطراب نقص الرغبة الجنسية (Hypoactive Sexual desire)

— اضطراب تجنب اللقاء الجنسي (Sexual Aversion disorder)

(ب) اضطرابات الإثارة الجنسية وتشمل: —

— اضطراب الإثارة الجنسية لدى الذكر (العنة)

(Male erectile disorder)

— اضطراب الإثارة الجنسية لدى الأنثى

(Female Sexual arousal disorder) .

(ج) اضطرابات الذروة الجنسية (orgasm disorders) .

— الذروة المثبطة لدى الذكر (Inhibited male orgasm) .

— الذروة المثبطة لدى الأنثى (Inhibited Female orgasm) .

— سرعة القذف (Premature ejaculation) .

(د) اضطرابات الألم الجنسية (Sexual Pain Disorders) .

— ألم الجماع (Dyspareunia)

— التقلص المهبل (Vaginismus) .

(هـ) اضطرابات الوظيفة الجنسية غير المصنفة في مكان آخر .

(٣) اضطرابات جنسية أخرى مصنفة في مكان آخر .

١١ — اضطرابات النوم (Sleep Disorders) .

(١) اضطرابات النوم (Dyssomnias) وتشمل: —

— اضطرابات الأرق (insomnias) الأولى أو الثانوى (لسبب نفسي آخر أو

عضوى) .

— اضطرابات فرط النوم (Hypersomnias) الأولى أو الثانوى (لسبب نفسى آخر أو عضوى) .

— اضطرابات إيقاع النوم واليقظة (Sleep Wake Schedule disorders)

(٢) اضطرابات المخلات بالنوم (Parasomnias) وتشمل :-

— اضطرابات الكوابيس الليلية (Dream anxiety disorder)
or (Nightmare disorder)

— اضطراب الفزعاء أثناء النوم (Sleep terrors disorder)

— اضطراب المشى أثناء النوم (Sleep walking disorder) .

— اضطرابات مخلة بالنوم غير مصنفة فى أى مما سبق .

١٢ — الاضطرابات المستحدثة (Factitious Disorders) .

— المصاحبة بأعراض جسمانية .

— المصاحبة بأعراض نفسية .

— الاضطرابات المستحدثة غير المصنفة فى مكان آخر .

١٣ — اضطرابات التحكم فى النزعة غير المصنفة فى مكان آخر

(Impulse control disorders not Elsewhere classified) وتشمل

— الاضطراب الانفجارى المتقطع (Intermittent Explosive Disorder)

— هوس السرقة (Kleptomania) .

— المقامر المرضية (pathological gambling) .

— هوس 'سعال الحرائق' (Pyromania) .

— هوس خلع الشعر (Trichotillomania) .

— اضطراب التحكم فى النزعة غير المصنف فى مكان آخر .

١٤ — اضطراب التأقلم (Adjustment Disorder) .

— المصاحب بوجود قلق .

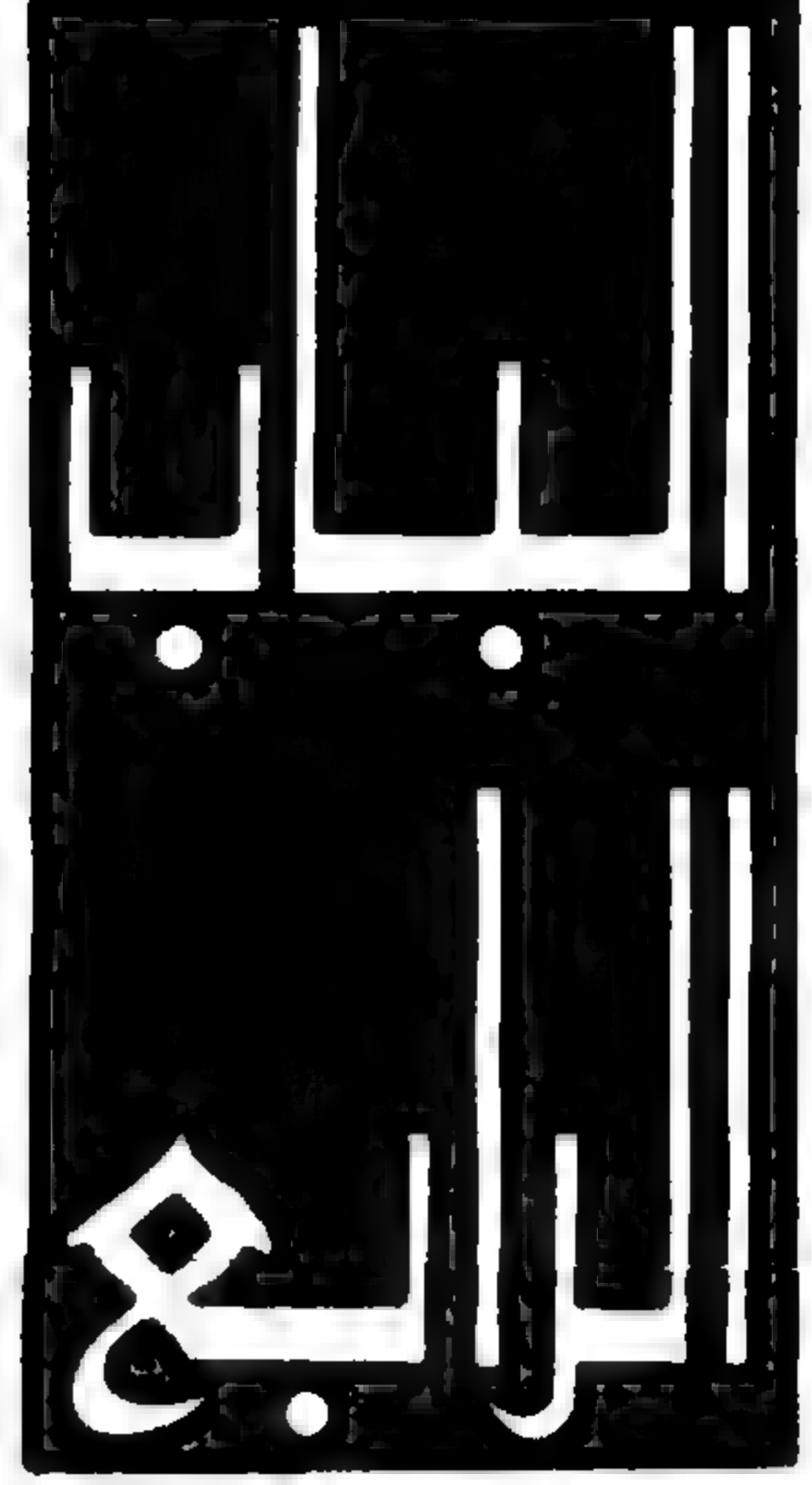
- المصاحب بوجدان مكتئب .
- المصاحب باضطراب السلوك .
- المصاحب باضطراب مختلط من الانفعالات والسلوك
- المصاحب بانفعالات مختلطة .
- المصاحب بشكاوى جسمانية .
- المصاحب بنقص الأداء في العمل أو الدراسة .
- اضطراب تأقلم غير مصنف في مكان آخر .

١٥ — الاضطرابات الجسمية الناشئة عن عوامل نفسية (السيكوسوماتيك)

(Psychological factors affecting physical condition)
or (Psychosomatic disorders)

١٦ — حالات تمثل للعلاج ولا تعزى لمرض نفسي (V - Codes)

- مشاكل دراسية .
- السلوك المضاد للمجتمع من شخص راشد .
- السلوك المضاد للمجتمع من طفل أو مراهق .
- التمارض .
- مشكلة زوجية .
- رفض أخذ علاج طبي .
- مشاكل في العمل .
- مشكلة بين الأب وطفله .
- مشاكل بين الأشخاص .
- ظروف أسرية معينة .
- الفقد بالوفاة غير المصحوب بمضاعفات .



الأمراض النفسية .

الأمراض النفسية

بعد أن عرضنا في الباب السابق لتصنيف الأمراض النفسية ، سوف نورد في هذا الباب تفصيلا اكلينيكيًا لكل من هذه الأمراض في ضوء التصنيف الأمريكي الإحصائي التشخيصي الثالث المراجع ، مع تفصيل للأسباب والمسار والعلاج والتنبؤ بمصير هذه الحالات .. وسوف نضرب في مقدمة كل فصل لأمثلة من الحالات المرضية الواردة فيه ، لعلها تعطى صورة حية لمشكلة المرض ، أو تثير تساؤلات لدى القارئ فتجعله يبحث عن إجابات لها ، فيكون بذلك مشاركًا إيجابيًا في العملية التعليمية لا متلقيًا سلبيًا ، وقد يقربنا هذا خطوة من أسلوب التعلم بطرح المشكلة ، أملًا في الارتفاع بمستوى العملية التعليمية إلى مستوى حل المشكلات ، وعدم الاكتفاء بتخزين المعلومة واستدعائها أو تفسيرها في أحسن الأحوال ، لأن الغرض النهائي هو حل مشكلة المريض وصولًا إلى ارتقاء بمستوى الأداء في الممارسة الاكلينيكية .

الفصل الأول

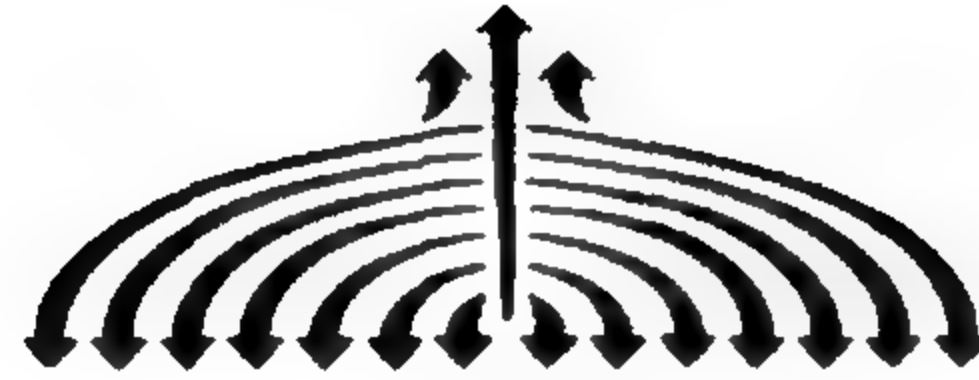
مقدمة :-

١ - رجل في الخامسة والخمسين من عمره يعمل محاسباً يشكو من النسيان وفقد بعض الأشياء بسبب هذا النسيان ، وأصبح يخطئ في عمله الذي كان ناجحاً فيه مع سرعة استشارته حيث أصبح يفعل لأتفه الأسباب ويسئ لمن حوله في البيت والعمل وعند فحصه وجد فقد الذاكرة قريبة المدى ، وعدم قدرة على تحديد المعاني للأقوال الشائعة ، ولم يستطع حل المسائل الحسابية البسيطة التي أُعطيت له (فلم يستطع طرح ٧ من ١٠٠) ، واضطراب حكمه على الأمور ، ولم يستطع ترتيب أعواد الكبريت على شكل معين .

٢ - شاب في العشرين من عمره طالب في الثانوية العامة ، أحضره أهله وشكوا من ادمانه للهروين مع ما يتوفر له من عقاقير مخدرة من ثلاثة أعوام ، وأهمل في دراسته وأصبح يسرق النقود والمصوغات من البيت ، وأصبحت تصرفاته سيئة وألفاظه كذلك ، ويغيب عن البيت بعض الليالي مع أصدقاء ليسوا من مستواه

الاجتماعى ، وأحيانا يجده أهله فى حالة اعياء شديدة يشكون من صداع وآلام فى جسمه ورشح من أنفه وقىء واسهال ، وأحيانا يبدو طبيعيا ، ولكنه فى كل الأحوال لا مبالى بمستقبله أو بمن حوله .. وعند فحصه لوحظ عدم ضبطه لمخرج الحروف أثناء الكلام (انزلاق الكلام) (slurred speech) وأن حركته غير دقيقة مع وجود آثار مواضع حقن فى يده اليسرى وذراعه الأيسر .

هذان مثالان لحالات اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتهما أن تضع اهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الاهداف ؟ .



الاضطرابات العقلية العضوية (Organic Mental Disorders)

وهى عبارة عن اضطرابات لوظائف العقل والسلوك الناتجة من التلف الدائم للدماغ أو اضطراب وظيفته الموقت أو كلاهما ، والسبب قد يكون أوليا (أى أن الإصابة فى الدماغ) أو ثانويا لمرض عام فى الجسم .
وهذه المجموعة تشمل :-

أولا - لزمات اضطراب الدماغ العضوى (Organic Brain Syndromes)
وتمثل تجمعا من الأعراض المرضية النفسية التى تميل للتواجد معا ، وتستخدم هذه التسمية (لزمات اضطراب الدماغ العضوى) لوصف التجمع المشار إليه من الأعراض المرضية النفسية دون النظر إلى السبب (مثل الهذيان أو الخرف ، وقد توجد لدى الشخص أكثر من لزمة معا .

ثانيا - الاضطرابات العقلية العضوية (Organic Mental Disorders)
وتشير إلى لزمات اضطراب الدماغ العضوى التى يكون السبب فيها معروفا أو مفترضا (مثل التوقف عن تعاطى الكحول أو الخرف المتسبب عن احتشاءات متعددة بالدماغ) .

- والاضطرابات العقلية العضوية غير متجانسة لا تتألف فى سمة واحدة تميزها ، ولكن الأعراض الآتية تبرز فى هذه الاضطرابات :-
- ١ - ضعف القدرة المعرفية والذكائية : وتظهر فى صورة الأعراض الآتية :-
 - (١) ضعف الذاكرة خاصة للأحداث القريبة ، وصعوبة تكون ذاكرة للأحداث الجديدة مما يشكل صعوبة فى عملية التعلم .
 - (٢) عدم القدرة على التفكير التجريدى ، وتظهر فى نقص القدرة على التعميم والابتكار والتمييز بين الأشياء والتعليل المنطقى للأشياء وتكوين المفاهيم وحل المشكلات .
 - (٣) عدم القدرة على انجاز المهام غير المألوفة فى وقت مناسب .
 - (٤) نقص معدل الذكاء .

- (٥) ضعف قدرة الحكم على الأمور.
- (٦) نقص الانتباه أو التشتت، عدم القدرة على الانتباه للمثيرات، أو عدم القدرة على مواصلة الانتباه، أو عدم القدرة على الانتقال من مثير إلى آخر.
- (٧) ضعف القدرة على ادراك البيئة خاصة للزمان والمكان.
- (٨) ضعف القدرة الحسابية.
- (٩) اختلال ادراك المريض لذاته (Depersonalization) ولبيئته المحيطة (Derealization)، و ينتج عن ذلك الارتباك واضطراب صورة الجسم.

٢- التغير الانفعالي والاندفاع: حيث تتغير التعبيرات الانفعالية (لفظية وغير اللفظية) وتصبح غير مناسبة (مثل فقدان الشعور أو المرح المرضى أو سرعة الاستثارة أو التقلب الانفعالي)، و يصبح المريض غير قادر على كبح نزعاته ودون اعتبار لنتائجها الاجتماعية.

٣- اضطراب اليقظة: حيث يضطرب وعي المريض بنفسه وبالعالم من حوله، وتنتج أعراضاً منها تغييم الوعي أو تغيره أو تضييقه.

٤- أعراض تعويضية وقائية: حيث يظهر المريض أنماطاً من السلوك تهدف إلى المحافظة على إنجاز مناسب وتجنب الاضطراب، وتعد أعراضاً تكيفية.

٥- أعراض تفاعلية: وتعكس هذه الأعراض مايعنيه الاضطراب ذاتياً للمريض طبقاً لشخصيته وقيمته الاجتماعية والاقتصادية خاصة الأعراض الذهانية، التي تمثل اشتداد التعامل المرضى (مثل من يشك في الآخرين فقد تصبح لديه ضلالات اضطهادية بارزة).

أولاً: لزمات اضطراب الدماغ العضوية (Organic Brain Synd) لكى تشخص لزمات اضطراب الدماغ العضوى يلزم شيان أساسيان:-

١- وجود الأعراض النفسية الأساسية للزملة المحتملة.

٢- وجود برهان يشير إلى اضطراب الدماغ العضوى.

وتقسم اللزمات العقلية العضوية إلى ست مجموعات هي :-

١- الهذيان والخرف (Delirium & Dementia) : وفيها يكون الخلل المعرفي عام نسبيا .

٢- لزمتى النسابة والملاوس العضويتين : التى فىهما تحتل وظائف معرفية معينة .

٣- لزمات الضلالفة والوجدانية والقلقية العضوية :- والتى بها ملامح تشبة الفصام واضطراب الوجدان والقلق .

٤- لزمة اضطراب الشخصية العضوية : التى فىها تحتل الشخصية .

٥- لزمات الانسمام أو التوقف عن مادة مؤثرة نفسيا .

٦- لزمات عقلية عضوية : غير محددة فى مكان آخر .

١- الهذيان (Delirium)

وهو اضطراب عقلى عضوى يتميز بنقص قدرة المحافظة على الانتباه للمثيرات الخارجية وصعوبة الانتقال من مثير لآخر، واختلال التفكير كما يبدو من اللف والدوران ، أو عدم ارتباط الأفكار ببعضها وعدم اتساق الكلام ، مع نقص مستوى الوعى واختلال الادراك الحسى ، واضطراب دورة النوم واليقظة واضطراب النشاط الحركى ، وعدم الاهتداء (عدم ادراك الزمان والمكان أو عدم ادراك الأشخاص) ، وخلل الذاكرة .. وعادة تكون البداية سريعة والمسار متموج والمدة قصيرة .

واضطراب الانتباه فى الهذيان يعد العلامة الأساسية ، حيث تكون صعوبة المحافظة على الانتباه وصعوبة الانتقال من مثير لآخر، ويسهل تشتت الشخص بمثيرات ليست لها علاقة ، ويجب تكرار الأسئلة عدة مرات بسبب عدم قدرة الشخص على تركيز انتباهه ، ويصعب أن يندمج فى محادثة لأنه متشتت الانتباه ، أو لأنه مواظب على تكرار استجابة لأسئلة سابقة ؛ وينشأ عن نقص الانتباه فقد الذاكرة للأحداث القريبة إلى حد ما .

والمصاب بالهذيان لا يستطيع المحافظة على اتساق التفكير، ويفقد التفكير وضوحه المعتاد كما يفقد الهدف و يبدو متناثرا وغير مترابط .

وكثيرا ماتوجد اضطرابات الادراك فى صورة خداعات أو هلاوس ، وأغلبها بصرية ، وغالبا مايصاحبها اقتناع ضلالى بواقعية الهلاوس ، و يصاحبها استجابة سلوكية انفعالية ترتبط بمحتواها .

وتختل دورة النوم واليقظة ، حيث يصعب نوم المريض ليلا و يظل ساهرا و يكثر انخفاض مستوى الوعى الذى يتدرج من الدوخة إلى مايشبه الغيبوبة ، وتكثر الكوابيس أثناء النوم وقد ترتبط بالهلاوس .

واضطراب النشاط الحركى فى صورة عدم الاستقرار وكثرة الحركة وتحريك الأغذية ومحاولة القيام من السرير والخبط على الأشياء المحيطة به وفجائية تغير الوضع ، وقد تقل الحركة إلى مايشبه الذهول الكتاتونى ، وغالبا ماينتقل من نقيض لآخر (من كثرة الحركة إلى انعدامها) .

الأعراض المصاحبة :-

وتشمل الخوف والقلق والاكتئاب وسرعة الاستثارة والغضب والسرور والتبلىد ، والخوف أكثرها وسببه الهلاوس المهددة أو الضلالات غير المنظمة ، وقد يزداد الخوف لدى المريض لدرجة إيذاء نفسه ، أو يهاجم من توهم زيفا أنهم مهددين له ، أما مشاعر الاكتئاب الشديدة فقد تؤدي إلى إيذاء النفس والبكاء وطلب المساعدة .

والعلامات العصبية غير شائعة فى حالات الهذيان والاستثناء الوحيد هو الحركات غير العادية مثل مختلف أنواع الرعشة (مثل الرعشة المرفوفة) ، وعلامات الجهاز العصبى المستقل (مثل سرعة ضربات القلب والعرق واحمرار الوجه واتساع فتحة انسان العين وارتفاع ضغط الدم) .

وقد توجد اضطرابات أخرى لوظيفة قشرة المخ تشمل عدم القدرة على تسمية الأشياء (Dysnomia) وعدم القدرة على الكتابة (dysgraphia) .

البداية والمسار والمآل :-

يبدأ الهذيان فى أى سن ولكنه شائع بصفة خاصة فى الأطفال و بعد سن الستين ، وهو اضطراب قصير المدى ، وأحيانا يبدأ فجأة كماً فى حالة إصابة الرأس ، وأحيانا يسبق بأعراض ممهدة تظل عدة أيام أو ساعات ، (وتشمل : عدم

الاستقرار وصعوبة التفكير الواضح ، زيادة الحساسية للمثيرات السمعية والبصرية والأرق ليلا والنوم نهارا والكوابيس) ، وظهور الأعراض يكون ببطء وأكثر في حالات الهذيان الناتج عن مرض جهازى (Systemic) أو اختلال أيسى .

و يعتبر تماوج الأعراض من أهم مواصفات الهذيان ، والشخص يكون أسوأ ما يمكن خلال ساعات عدم النوم ليلا أو في الظلام ، وأحيانا يكون الشخص منتبها ومتسقا في تفكيره وتسمى هذه الظاهرة (Lucid interval) ، وتحدث في أى وقت ولكنها أكثر حدوثا في الصباح ، وهذا يساعد في تمييز الهذيان من المتلازمات العقلية الأخرى .

وعادة تظل نوبة الهذيان مدة قصيرة (حوالى أسبوع) ، ونادرا ما يظل لأكثر من شهر ، وإذا عولج سبب الهذيان يكون الشفاء كاملا ، وإذا ظل السبب موجودا فإن الصورة الاكلينيكية تتحول تدريجيا من الهذيان إلى شكل اخر من الأمراض العقلية العضوية أكثر ثباتا (مثل الخرف) أو تكون الوفاة .

ومن أهم مضاعفات الهذيان الإصابات الناتجة عن السقوط من السرير في محاولة المريض الهروب من الهلاوس المخيفة ، وإذا أهمل العلاج فإنه قد يتحول إلى خرف أو نساوة عضوية أو اضطراب الشخصية العضوية .

تشخيص الهذيان :-

عادة يشخص الهذيان بجوار سرير المريض اكلينيكيًا ، فهو يتميز ببداية مفاجئة للأعراض وتتماوج هذه الأعراض (زيادة ونقصانا) خلال ساعات اليوم وهذه سمة مميزة تشخيصيا .. كما أن وجود مرض عضوى أو تاريخ إصابة الرأس ، أو ادمان كحول أو عقارى يرجح التشخيص .. ويتأكد أيضا من خلال الفحص العقلى بملاحظة صعوبة استمرار الانتباه لمثير معين أو الانتقال من مثير إلى آخر واختلال التفكير والادراك والذاكرة .

التشخيص الفارق :-

١ - الفصام والاضطراب فصامى الشكل والاضطرابات الذهانية الأخرى : وذلك لوجود الهلاوس والضلالات واختلال التفكير ، إلا أنها في الهذيان تكون غير

منتظمة ، مع تماوج المسار ونقص الانتباه سواء في استمراره تجاه مثير أو انتقاله لمثير آخر ،
وخلل الذاكرة والاهتداء ، كلها سمات تميز الهذيان ..

٢- الخرف : الذى فيه يوجد خلل الذاكرة مثل الهذيان ، ولكن فى
الخرف يكون الشخص يقظا ، إلا أنهما قد يوجدان معا ، ولا يمكن أن يشخص
الخرف فى حالة وجود الهذيان ، ولكن يشخصان معا حالة استقرار الخرف قبل
الهذيان .. عند الخلط بينهما يفضل أن تشخص هذيان لأنه يعطى الفرصة لعلاج
فعال إلى أن يتضح التشخيص الصحيح .

٣- استحداث أعراض نفسية (Factitious) حيث يكون تخطيط الدماغ
طبيعيا يساعد على استبعاد الهذيان .

الانتشار:-

عادة يجد الأطباء النفسيون الهذيان فى الحالات التى يدعون للاستشارة
بشأنها فى أقسام الطب والجراحة فى المستشفيات العامة حيث لوحظ أن حوالى
(١٠ %) من كل المرضى الذين يدخلون إلى المستشفيات العامة يظهرون الهذيان
بدرجة ما .. ويختلف معدل الحدوث فى أقسام المستشفى ، فعلى سبيل المثال يصل
إلى (٣٠ %) من المرضى فى أقسام الجراحة ذات الرعاية المركزة وفى وحدات
الرعاية المركزة لمرضى شرايين القلب التاجية ، ويصل إلى (٢٠ %) فى مرضى
الحروق الشديدة . ويكثر انتشاره بين الأطفال والشيخوخ ، كما بكثرت المصابين
بآفات فى الدماغ ومن سقت إصابتهم بالهذيان .

أسباب الهذيان:-

وأسباب الهذيان مركبة ومتعددة ومتداخلة فهى خليط من ظروف موقفية وعوامل
شخصية ودوائية ، فمثلا سبب الهذيان بعد عملية جراحية يشمل ضغط الجراحة
والألم ما بعد العملية والأرق وعلاج الألم واختلال الكهارل (electrolytes)
والعدوى والحمى ونزف الدم .

ويمكن تصنيف الأسباب كما يلى :-

١- أمراض جهازية (Systemic/Diseases) :- مثل هبوط القلب ونقص

التغذية وفقر الدم والعدوى والحمى والجفاف وتسمم بالبولينا وزيادة أو نقص إفراز الغدة الدرقية ، وكل الأسباب التي تؤدي إلى نقص الأكسجين في الدم ، ويلاحظ أن هذه الأسباب إذا تركت دون علاج تؤدي إلى مرض غنى مثل الخرف .

٢- اضطرابات أيض مثل اختلال الكهارل ، واختلال الاتزان الحامض القلوي (Acid Base Balance) ، وزيادة أو نقص الكالسيوم في الدم .

٣- أمراض عصبية مثل التهاب الدماغ وإصابات الرأس خاصة التي تحدث تجمعاً دموياً تحت الأم الجافية .

٤- العقاقير: وخاصة مدرات البول (التي تسبب جفافاً مع اختلال الكهارل في الدم) ، والمليينات (لنفس السبب) ، والمنومات (البابتيورات) ، والمطمثات العظمى (Major Tranquillizers) والمهدئات (Benzodiazepines) حيث أن لها تأثيراً مضاداً للأستيل كولين (Anticholinergic) يسبب هذيان وبصفة خاصة لكبار السن من الشيوخ .

٥- احتباس البول الحاد واحتباس البراز يرتبط أحياناً بحالات الهذيان .

علاج الهذيان :-

يستلزم إدخال المريض مستشفى ، حيث يتم فحصه جيداً بحثاً عن السبب الذي قد تكشفه الاستقصاءات المعملية ، وبالإضافة إلى علاج السبب يلزم علاج عام للأعراض يشمل تخفيف التوتر ومنع المضاعفات والإصابات والتغذية ومراعاة الكهارل بالجسم والسوائل .

ويعتمد العلاج على الموقف الذي حدث فيه الهذيان ، فمثلاً في حالة الهذيان الذي يتبع إزالة المياه البيضاء من العين (كاتراكتا) ، والناتج عن غضب العينين ، يتحسن بعمل فتحة صغيرة جداً في العصابة لإدخال بعض الضوء وفي حالة العزل الحسي المسبب للهذيان فإن المريض سوف يفيد من إضاءة حجرته ليلاً وكثرة تردد أعضاء الفريق العلاجي وأفراد الأسرة عليه ، وشرح الأمر له وطمأنته ، مع وضع تلفاز في حجرته .

و يقتصر العلاج بالعقاقير على الضروري جدا منها ، خاصة في حالة الفوران
الداخلي وعدم الاستقرار لمنع المضاعفات والاصابات ، والعقار المفضل هو
(الهالوبيريدول) (Haloperidol) ، وفي حالة الأرق يعطى بنزوديازبين قصير
المفعول .

٢ - الخرف (Dementia)

وهو فقد (نقص) القدرات الذكائية بحيث تؤثر على أداء الشخص الوظيفي
والاجتماعي ، ويظهر في صورة خلل الذاكرة والحكم على الأمور ، ونقص
التفكير التجريدي ، وخلل الوظائف العليا لقشرة المخ أو تغير الشخصية ، على أن
لا يكون ذلك نتيجة لنقص الانتباه ، وأن يكون له سبب عضوي ولكن في حالات
محددة مثل الخرف التنكسي الأولي كما في مرض الزهايمر (Alzheimer's Dis.)
قد لا يمكن تحديد عامل عضوي للاضطراب ورغم ذلك فإن هذه الحالات
تشخص خرف ، خاصة إذا ارتبط خلل الذاكرة بخلل التفكير أو خلل الحكم
على الأمور أو تغير الشخصية ، واستبعدت كل الشخصيات الأخرى غير العضوية
(مثل نوبة الاكتئاب العظمى) .

وخلل الذاكرة هو أكثر الأعراض بروزا ، وهو أكثر للأحداث القريبة مثل
نسيان الأسماء وأرقام التليفونات والاتجاهات والمحادثات وأحداث اليوم ، وفي
الحالات الأكثر شدة ينسى كل الجديد ، وقد لا ينهي المهام التي يبدأها
لنسيانه ، وهذا يسبب ترك صنابير المياه مفتوحة أو البوتاجاز مشتعلا ، وفي
الحالات المتقدمة ينسى أسماء المقربين إليه أو وظيفة وتعليمه وتاريخ ميلاده
وأحيانا ينسى اسمه ، و يظهر ترددا أثناء الفحص في الإجابة على الاسئلة .

و يكثر اختلال الحكم على الأمور لدى المخرف ، ولا يتحكم في نزعاته ،
و يصبح غليظ القول جاف الألفاظ ، يلقي بنكات غير مناسبة ، ويهمل في مظهره
الشخصي وفي نظافته ، ولا يحترم القوانين أو العرف والتقاليد ، وتضطرب علاقاته
الاجتماعية .. ويميز خلل الحكم على الأمور وضعف التحكم في النزعات أنواع
معينه من الخرف وهي التي تصيب الفصوص الأمامية للمخ .

و يشمل الخرف اختلالات متفاوتة لاضطراب الوظائف العليا لقشرة المخ ،
فرغم أن اللغة قد لا تتأثر في بعض الاضطرابات العصبية التي تسبب الخرف ،
فإنها تصبح غير طبيعية في البعض الآخر ، فقد يبدو الكلام غامضا وظوبيا ، أو
لغوا لا يعنى شيئا ، أو تظهر الحجة مثل حجة التسمية (صعوبة تسمية
الأشياء) ، وفي الأشكال الشديدة للخرف قد يصبح الشخص أبكم ، وتضطرب
قدرته التركيبية فلا يستطيع رسم الأشكال ذات الأبعاد الثلاثة أو يرتب أعواد
الكبريت في شكل معين ، ويفشل في التعرف على الأشياء برغم سلامة الحواس
(agnosia) ، ولا يستطيع تنفيذ نشاط حركي معين برغم سلامة الوظيفة الحركية
(apraxia) (Motor Aphasia) .

وتتغير الشخصية في حالات الخرف إما بتغير الطباع أو توافم صفات
الشخصية التي كانت موجودة قبل المرض ، (فالوسواسي تزداد وسوسته
والاضطهادي تزداد اضطهاديته) ولكن الشائع أن ينسحب الشخص و يصبح
متبلدا وتقل علاقته الاجتماعية ، و يوصف من قبل الآخرين أنه تغير (لم يعد
نفسه)

والأعراض النصاحية قد تكون خفيفة في صورة قلق أو اكتئاب ، وقد يحاول
إخفاء قصور الذكاء بأعراض تعويضية مثل زيادة الترتيب ، أو ربط الأحداث
بتفاصيل دقيقة لتجنب فجوات الذاكرة ، أو الانسحاب الاجتماعي ، وأحيانا
تلاحظ الأفكار الاضطهادية وتنتج اتهامات زائفة وشحارات لفظية وجسمانية ،
والشخص العيور عندما ينابه الخرف قد يصاب بضلالات الخيانة الزوجية
و يعتدى فعلا على زوجته .

البداية والمسار والمآل :-

والغالب في الخرف أن يحدث في الشيخوخة ، ولكن تحت تأثير عوامل معينة
يمكن أن يحدث الخرف في أي سن ، حيث يشخص الخرف في أي سن بعد
استقرار معدل الذكاء (عادة عند الثالثة أو الرابعة من العمر) ، فإذا كان الطفل
في سن الرابعة وأصيب بمرض عصبي مزمن تدخل مع وظائفه المكتسبة السابقة
لدرجة تقلل ذكائه ووظائفه التكوينية السابقة ، فإنه يشخص خرف مع تخلف
عقلي .

و يعتمد مسار الخرف على العامل المسبب ، فعندما يكون الخرف ناتجا من نوبة واضحة لمرض عصبي مثل نقص الأكسجين الواصل إلى المخ أو التهاب المخ أو إصابة الرأس فإنه يبدأ فجأة ، و يظل ثابت نسبيا لفترة طويلة ، أما الخرف التنكسي الأولي من نوع الزهايمر فبدايته عادة متخفية تتقدم ببطء في مسار اشتدادى يصل إلى التدهور في عدة سنوات .. وهناك الخرف الناتج من ورم في المخ أو تجمع دموى تحت الأم الجافية أو عوامل أيضية فتكون بدايته متدرجة ويمكن علاج السبب كما في نقص هرمون الغدة الدرقية ، فإن الخرف يمكن علاجه وإيقاف مساره .

في الماضي كان مصطلح الخرف (Dementia) يعنى أنه لا رجعه في مساره ولا شفاء منه ، ولكن الآن يوصف الخرف على أنه متلازمة ذات أعراض ومواصفات اكلينيكية فقط ولا تحمل أى إشارة إلى التنبؤ بالمآل ، فقد يكون الخرف متزايدا (اشتداديا) أو ثابتا أو متقطعا أو متراجعا (متهاودا) ، وهذا يعود إلى طبيعة السبب الذى يكمن خلف الخرف والعلاج المتاح في التوقيت المناسب وفعاليته .

الإعاقة والمضاعفات :-

يشخص الخرف عادة عندما يكون الفقد في الذكاء كافيا لأن يتداخل مع الوظيفة الاجتماعية أو المهنية ، إلا أن درجة الإعاقة تتفاوت ، وفي الخرف الاشتدادى يصبح الشخص غير مدرك لما حوله و يلزم له عناية دائمة .. وقد يتجول ويفقد طريق العودة أو يتعرض لحادث ، وقد يؤذى نفسه أو الآخرين ، أو ينتابه هذيان بالإضافة الى الخرف .

تشخيص الخرف :-

يعتمد التشخيص الاكلينيكي للخرف على التاريخ المرضى من المريض والمحيطين به وعلى فحص الحالة العقلية .. حيث يلاحظ من التاريخ المرضى تغير في انجاز المريض وسلوكه سواء في البيت أو في العمل ، كما يشكو المريض من النسيان وقصور الذكاء لديه ، أو ينكر ذلك ويبرره في محاولة لاختفاء خلل الذكاء لديه ، أو شكوى من حوله من الأعراض التعويضية مثل الترتيب الشديد أو

الانسحاب الاجتماعي أو ربط الأحداث بتفاصيل دقيقة ، أو تلاحظ انفجارات من الغضب أو السخرية أو الإلقاء بنكات غير مناسبة سخيفة أو التقلب الانفعالي أو التبلد الوجداني .. ويمكن أن نلخص السمات الشخصية للخرف فيما يلي :-

١ - خلل الذاكرة للأحداث القريبة والبعيدة ، فلا يستطيع تذكر ثلاثة أشياء بعد خمسة دقائق ، كما لا يستطيع تذكر المعلومات التي كان يعرفها جيداً في الماضي .. على أن يتداخل هذا مع أداء الشخص لعمله أو أنشطته الاجتماعية وعلاقاته بالآخرين .

٢ - مع واحد على الأقل مما يلي (مع تداخلها في أدائه لعمله أو علاقاته الاجتماعية) :-

(أ) خلل في قدرته على التفكير التجريدي ، كما يتضح من عدم معرفته لأوجه التشابه والاختلاف بين الكلمات المتشابهة وصعوبة تعريف الكلمات المتشابهة وصعوبة تعريف الكلمات وإعطاء المفاهيم (مثل إعطاء معنى لمثل شائع ومعروف لعامة الناس) .

(ب) خلل في حكمه على الأمور كما يتضح من تعامله غير المناسب مع الأشخاص والأسرة ومع مشاكل العمل .

(ج) اضطرابات أخرى لوظائف المخ العليا الحسية اللغوية (حبسة الكلام التعبيرية أو حبسة حركية (apraxia) أو حبسة حسية (Agnosia) والفشل في قدرة تكوين الأشكال (مثل الفشل في ترتيب أعواد الكبريت في شكل معين) .

(د) تغير الشخصية أو تفاقم صفات كانت موجودة قبل المرض ..

٣ - ليست جزءاً من مسار الهذيان

٤ - وجود سبب عضوي من التاريخ المرضي أو الفحص الكليني أو المعمل ، وفي حالة عدم وجود سبب يمكن افتراضه ما لم يمكن أن يعزى إلى اضطراب عقلي غير عضوي (مثل نوبة الاكتئاب العظمى) .

وتتحدد شدة الخرف كما يلي :

١ - **خرف خفيف** : يستطيع المخرف أن يعيش معتمدا على نفسه برغم وجود خلل في أدائه لعمله ووظائفه الاجتماعية بسبب المرض .

٢ - **خرف متوسط** : يحتاج إلى إشراف لأن اعتماده على نفسه يعرضه لمخاطر .

٣ - **خرف شديد** : يحتاج المخرف إلى رعاية وإشراف مستمر (فلا يستطيع المحافظة على نظافته) .

التشخيص الفارق :-

١ - **علامات الشيخوخة العادية** : والتي لا يكون فيها خلل الذاكرة شديدا ولا يكفي للتداخل مع الأداء الوظيفي والاجتماعي .

٢ - **الهذيان** : ويختلف عنه الخرف في وجود خلل الذاكرة مع اليقظة وثبات الأعراض وعدم تماوجها .

٣ - **الفصام** : وفيه يغيب السبب العضوى خلافا للخرف .

٤ - **نوبة الاكتئاب العظمى** : التي قد تسبب خلل الذاكرة وصعوبة التركيز والتفكير ، وهو ما يسمى بالخرف الكاذب (Pseudo - dementia) .. وفي حالة غياب السبب العضوى مع وجود أعراض تشير إلى اكتئاب أو خرف ، فمن الأفضل أن يشخص الاكتئاب ، ونفترض أن أعراض الخرف ثانوية للاكتئاب ، لأن فرصة الشفاء من الاكتئاب أفضل ، وإعطاء مضادات الاكتئاب أو العلاج الكهربائي قد يكشف عن التشخيص الحقيقي حيث تتحسن حالة المريض المعرفية إذا كان اكتئابيا .. والجدول رقم (١) يساعد في التمييز بينهما .

البداية :	الخرف	الخرف الكاذب
الأعراض الظاهرة	— القصور المعرفي والذكائي يسبق حدوث الاكتئاب	— اعراض الاكتئاب تسبق القصور المعرفي
المظهر والسلوك	— ينكر المريض القصور المعرفي ويحاول اخفائه باللف والدوران والتكرار وتغيير الموضوعات	— يشكو المريض من خلل الذاكرة وعجزه عن أداء المهام التي تتطلب ذكاءه .
الاستجابة للأسئلة	— غالبا مهمل متبلد غير معبر الوجه وتفاعلاته انفعالية ، وتعبيره الانفعالي سطحي ومتقلب	— حزين الوجه متوتر ، لا يبدو عليه السرور إطلاقا .
الانجاز الذكائي	— غالبا غاضب أو ساخر أو يحاول جاهدا — غالبا بطيء يجب أن لا يعرف الإجابة على السؤال ولكنه يخطئه .	— غالبا ينحصر في خلل الذاكرة وغير ثابت وعدم اهتمام المريض هو السبب
المقابلة تحت تأثير الصوديوم اموباربيتا	في الخلل المعرفي — يزداد القصور المعرفي	— يتحسن الأداء الذكائي الذكائي والمعرفي .

انتشار الخرف :-

ينتشر الخرف بنسبة (١) تصل إلى (٥ %) من كبار السن بدرجة تجعلهم غير قادرين على رعاية أنفسهم ، وبنسبة تصل إلى (١٠ %) بدرجة خفيفة ، ويزداد معدل انتشار الخرف مع تزايد السن ، حيث يزداد في سن الثمانين وما فوقها إلى خمسة أمثال معدله في سن السبعين ومادونها .. ونظرا لتزايد معدل الأعمار في السنوات الأخيرة وكثرة عدد المسنين فإن الخرف أصبح مشكلة صحية عامة .

أسباب الخرف :-

أكثر حالات الخرف لاتشير إلى سبب محدد ، وأكثر الأسباب شيوعا للخرف هو الخرف التنكسي من نوع الزهايمر ويصل إلى ٦٥ % من الحالات يليه

(١) هذه النسب في المجتمعات التي درست فيها معدلات الانتشار مثل أمريكا .

الاحتشاء المتعدد لأوعية الدماغ الدموية ، و يصل إلى (١٠ %) من الحالات ..
وهناك خطورة حالية من تزايد لزمة نقص المناعة المكتسب (A I D S) التي
تسبب الخرف .. ولحصر أغلب الأسباب التي تسبب الخرف نورد هذا
التلخيص لها فيما يلي :-

١ - مريض يصيب خلايا الجهاز العصبي مثل : مرض الزهيمير ومرض بيك
(Pick's Dis) ومرض هنتجتون (Huntington's Dis) ومرض باركنسون
والتصلب المتناثر (M. S.)

٢ - اضطرابات جهازية (Systemic) وتشمل :-

(١) اضطرابات الأيض والغدد الصماء مثل مرض الغدة الدرقية وجار الدرقية ،
ونقص السكر بالدم .

(٢) مرض التهاب الدماغ الكبدي (hepatic encephalopathy) الناشئ عن
اختلال وظيفة الكبد .

(٣) مرض بالجهاز البولي مثل التهاب الدماغ الناشئ عن التسمم بالبولينا .

(٤) مرض بالجهاز الدوري مثل الاحتشاء المتعدد للأوعية الدموية بالدماغ
ونقص الأكسجين المخي .

(٥) . مرض بالجهاز التنفسي ينتج عنه نقص الأكسجين الواصل إلى المخ .

٣ - حالات نقص فيتامين ب (Cyanocabalamine) والنياسين (Niacin) أحد
أعضاء فيتامين ب وحمض الفوليك .

٤ - عقاقير أو سموم .

٥ - أورام داخل الجمجمة وإصابات للدماغ .

٦ - عدوى مرضية للجهاز العصبي مثل الزهري والدرن والتهاب الأغشية
السحائية (ميكروبي أو فطري) ومرض نقص المناعة المكتسب (AIDS) .

٧ - اضطرابات أخرى مثل : مرض ولسون واستسقاء الدماغ .

علاج الخرف :-

و يكون طبقا للسبب ، فإذا كان السبب قابلا للعلاج أمكن الشفاء بدرجة كبيرة مثل حالات نقص افراز الغدة الدرقية أو نقص حمض الفوليك أو الزهري أو التجمع الدموي تحت الأم الجافية أو استقصاء الدماغ الطبيعي الضغط .. ولكن هناك أسبابا يجد العلم حاليا في الوصول إلى علاج لها خاصة مرض الزهري ومرض نقص المناعة المكتسب (AIDS) .

ومع علاج السبب تراعى تغذية المريض وعلاج المشكلات الطبية المصاحبة مثل التهابات الجهاز البولي ، ومراعاة الأنشطة الترفيهية ، ودور العلاج النفسى الاجتماعى فى إعطاء المساندة والتوجيه للمريض وأسرته ، وينصح بعدم تعريض مريض الخرف للمواقف الجديدة المعقدة لأنها تربكهم ، ويفضل الجوالأسرى المألوف الذى يتحسنون فيه ، مع محاولة شغلهم طيلة الوقت .
وتعالج الأعراض المصاحبة للخرف مثل القلق والاكتئاب والأعراض الذهانية بالمضاد المناسب ، على أن تكون بجرعات قليلة وبحذر ، لأن هؤلاء المرضى لديهم قابلية لحدوث الهذيان من العقاقير النفسية .

وهناك محاولات علاجية لمرض الزهري بعقاقير تزيد من نشاط الأستيل كولين (Acetyl Choline) أو تزيد من تخليقه أو تقلل من تكسيره ، مثل خلط الكولين مع العوامل المحفزة للنشاط قبل المشبكى (Presynaptic) للخلايا العصبية مثل البيراسيتام (Piracetam) الذى يفيد بعض المرضى .

٣- لزمة النساوة العضوية

(Organic Amnestic Synd.)

و يتميز هذا الاضطراب بخلل الذاكرة القصيرة والبعيدة التى تعزى إلى عامل عضوى محدد .. فيصبح الشخص عاجزا عن تعلم شيئا جديدا (لفقد الذاكرة للأحداث القريبة) ، وهذا هو سبب النساوة المتقدمة (anterograde amnesia) ، وعدم القدرة على استدعاء أشياء كان يعرفها فى الماضى (لفقد الذاكرة طويلة الأمد) ، وهذا يفسر النساوة الراجعة (retrograde amnesia) .. لا يتم تشخيص النساوة إذا وجد خلل الذاكرة فى إطار نقص قدرة المحافظة على الانتباه وتحويل

الانتباه من مثير لآخر (كما في الهذيان) ، أو إذا وجد مرتبطا بخلل في التفكير التجريدي وضعف الحكم على الأمور أو اضطراب الوظائف القشرية العليا أو تغير الشخصية (كما في الخرف) .

ويصاحب اضطراب النساوة عدم الاهتمام الناتج من النساوة الشديدة والاختلاق لملء فراغات الذاكرة ، وذلك بتخيل أحداث لم تقع أصلا ، وذلك مع عدم استبصار بفقد الذاكرة وانكاره حتى مع وجود براهين عليه ، وبعضهم يقبل المشكلة و يظهر عدم الاهتمام وكثيرا ما يصاحبها التبلد ونقص المبادرة والبرود الانفعالي .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :-

تعتمد بداية النساوة على السبب ولكنها في أغلب الحالات تكون مفاجئة ، وكذلك المسار والمآل يتبع السبب أيضا ، وقد يكون الاضطراب عابرا أو مستمرا ، ومآله قد يكون الشفاء الكامل أو الجزئي لوظيفة الذاكرة ، وبصفة عامة فإن المسار يكون مزمنًا ، وتكون النساوة عابرة مع شفاء تام في حالات صرع الفص الصدغي وقصور الدم المخي والعلاج بالصدمات المحدثه للتشنجات وتعاطي عقاقير من مجموعة البنزوديازيبين أو الباربيتورات وتوقف عضلة القلب .. أما النساوة الثابتة بدرجة مامن الشدة قد تتبع إصابة الرأس والتسمم بغاز أول أكسيد الكربون والنزف تحت الأم الجافية والاحتشاء المخي والالتهاب الناشئ عن فيروس الهربس (Herpes Simplex) .

وينشأ عن النساوة اختلال في وظيفة الشخص الاجتماعية والوظيفية ، وقد تسبب مخاطر مثل نسيانه نارا مشتعلة قد تسبب حريقا .

التشخيص :-

يشخص اضطراب النساوة العضوي بوجود خلل الذاكرة القريبة والبعيدة ، وليس خلال مسار هذيان ولا تتفق مواصفاته مع الخرف ، ويعود إلى سبب عضوي .

التشخيص الفارق :-

- ١ - الهذيان والخرف : حيث في كلاهما يكون النسيان أيضا بسبب نقص الانتباه كما في الهذيان ، أو الخلل المعرفي كما في الخرف .
- ٢ - استحداث (Factitious) أعراض نفسية : ولكن فحص الذاكرة يكشف عن تناقض في النتائج ، كما لا يوجد سبب عضوي .

انتشار لزمة النساوة العضوية :

لا توجد دراسات تكشف عن معدل انتشار النساوة العضوية ، ومن ثم انتشار العوامل المختلفة المسببة للنساوة غير محدد ، إلا أنه لوحظ أن أكثر هؤلاء الأشخاص من مدمني الكحوليات المزمنين ، كما لوحظ أن اضطراب النساوة غير شائع الانتشار .

أسباب النساوة العضوية :-

تحدث النساوة العضوية نتيجة لعدد من العوامل العضوية التي تسبب تلفا على الجانبين لمكونات الدماغ البيني (diencephalic) والتراكيب الصدىية مثل الجسم الحلمي واللوزة والحصين hippocampus ، وأكثر الأسباب شيوعا هو نقص الثيامين المرتبط بالادمان المزمن للكحول ، وهناك أسباب أخرى منها إصابة الرأس ونقص الأكسجين المخي والأورام واحتشاء في بعض فروع الشريان المخي الخلفي والأمراض التنكسية (مثل مرض الزهايمر) ، والتدخل الجراحي ، والالتهاب الميكروبي الفيروسي للدماغ ، والعلاج الكهربائي المحدث للتشنجات والصرع .

علاج اضطراب النساوة العضوي :-

ينبغي أن يتجه العلاج للعامل المسبب للنساوة ، فالورم يتم استئصاله ونقص الثيامين يعوض بإعطائه مع فيتامين ب المركب وحمض الفوليك .. أما في الحالات التي استقرت فيها النساوة فإن الاهتمام يتجه للوسائل المساندة للمريض مثل ترتيب الجو المحيط بالمريض وعلاج القلق المصاحب ، أما العقاقير المنشطة للذاكرة فليست ذات فاعلية تذكر حاليا .

٤ - لزمة الهلاس العضوى (Organic Hallucinosi Synd.)

تتميز لزمة الهلاس العضوى بوجود هلاوس بارزة - بة أو متكررة فى حالة يقظة تامة وتعزى إلى سبب عضوى .. ولا تشخص إذا كانت الهلاوس فى إطار من نقص قدرة المحافظة على الانتباه أو نقص نقل الانتباه بين المثيرات الخارجية كما فى الهذيان .

وقد تحدث الهلاوس فى أى شكل أو أكثر من طرق الإدراك (لمسية أو سمعية أو بصرية أو شمعية أو تذوقية) ، ولكن هناك عوامل عضوية معينة تميل لإحداث هلاوس من نوع خاص مثل : الهلاوس اللمسية (زحف البق على الجلد) فى حالة مدمنى الكوكايين ، والهلاوس السمعية لدى مدمنى الكحول (الهلاس . الكحولى)^(٢) والهلاوس البصرية^(٣) فى حالة تعاطى عقاقير منشطة نفسيا (مثل عقار ال . اس . دى المحدث للهلاوس) ، والهلاوس الشمعية التى تحدث فى صرع الفص الصدغى .. كما يكثر حدوث الهلاوس السمعية لدى المصابين بالصمم الناتج عن مرض (مكتسب) ، وكذلك الهلاوس البصرية لدى مكفوفى البصر عقب استئصال المياه البيضاء (الكاتراكتا) ، وتفاوت الهلاوس من بسيطة جدا وغير متكونة إلى معقدة ومنظمة ، وقد يتفاعل الشخص مع الهلاوس التى يعتقد أنها حقيقية .

وهناك أعراض مصاحبة طبقا للسبب والبيئة والفروق الفردية فى الاستجابة ، فقد يصاحبه علامات سرور مرضى أو قلق أو اكتئاب .

(٢) الهلاس الكحولى تكون الهلاوس مهددة انتقادية وأصوات عدائية تتحدث عن المريض كشخص ثالث (بضمير الغائب) ، وقد يتطلب الصوت من المريض إيذاء نفسه أو غيره ، ولذا فإن هذا المريض خطر .

(٣) الهلاوس البصرية غالبا تأخذ أشكال آدمية صغيرة مثل الأقزام أو حيوانات صغيرة الحجم .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :-

البداية عادة حادة ، والمسار يعتمد على السبب ، فعندما يكون السبب ابتلاع عقار محدث للهلاوس فإنها (أى الهلاوس) تظل عدة ساعات ، أما حالات كف البصر (بسبب الكاتراكتا) والصمم فإن عدم علاجها يسبب هلاوس مزمنة .. ودرجة الإعاقة تعتمد على العامل المسبب وتفاعل الشخص مع الهلاوس وقد يتعرض لحوادث عندما يحاول الهرب من هلاوس مخيفة .

التشخيص :-

يشخص اضطراب الهلاس العضوى عندما توجد هلاوس ثابتة أو متكررة ، و يوجد برهان من التاريخ المرضى أو الفحص أو الاستقصاءات العملية على وجود عامل عضوى مسبب لها وعلى أن لا تكون ضمن اضطراب الهذيان .

التشخيص الفارق :-

١ - الهذيان : الهلاوس المصاحبة له مرتبطة بنقص قدرة المحافظة على الانتبه أو الانتقال من مثير لآخر .

٢ - الخرف : إذا وجدت الهلاوس فيه تكون مرتبطة بخلل الذاكرة .

٣ - الضلالية العضوية : الهلاوس تكون غير بارزة إذا وجدت وعندما تكون بارزة مع الضلالات يشخص كلاهما .

٤ - الفصام واضطراب الوجدان : قد تشمل هلاوس ولكن لا يوجد سبب عضوى .

٥ - هلاوس الدخول فى النوم والاستيقاظ منه (Hypnagogic and Hypnopomic) وتحدث دون اضطراب عقلى .

الانتشار:-

نسبة الانتشار غير معروفة ولكن اضطراب الهلاس العضوى يرتبط أكثر بادمان الكحول المزمن وتعاطى العقاقير المحدثه للهلاوس .

الأسباب :-

وأهمها الادمان وسوء التعاطى للكحوليات والعقاقير المحدثه للهلاوس بالإضافة لأورام الدماغ خاصة أورام المنطقة القفوية والصدغية ، والحرمان الحسى كما فى العمى والصمم ، أو بؤر صدغية فى المخ .

العلاج :-

يعتمد على السبب ، فإذا كان السبب مؤقتا فإن المريض القلق سوف يستجيب للطمأنة ، وإذا كان خائفا ولديه ضلالات ينوم فى المستشفى ، وتعطى مضادات الذهان ومضادات القلق .

٥ - لزمة الضلالية العضوية

(Organic Delusional Synd)

و يتميز هذا الاضطراب بضلالات بارزة ترجع إلى سبب عضوى وليست فى إطار نفص المحافظة على الانتباه أو على صعوبة الانتقال من مثير إلى آخر (كما فى الهذيان) .

وتتفاوت طبيعة الضلالات اعتماداً على السبب وضلالات الاضطهاد أكثر شيوعاً ، وتحدث فى حالات تعاطى الأمفيتامين الذى قد يسبب ضلالات اضطهادية منتظمة جداً لا يمكن تمييزها عن المرحلة النشطة للفصام ، وبعض المصابين بتلف مخى تحدث لهم ضلالات أن جزءاً من أجسادهم أو أحد أطرافهم ليست موجودة .

وقد توجد هلاوس فى منلازمة الضلالية العضوية ولكنها عادة غير بارزة ، وعندما تكون بارزة مع ضلالات بارزة تشخص كلا المتلازمتان الضلالية العضوية والهلاس العضوى .

و يصاحبها خلل معرفى بسيط أو أى أعراض أخرى ، وقد يبدو الشخص مرتبكاً أو يرتدى أشياء غريبة وقد يكون الكلام غير متسق ، وقد تحدث شذوذات حركية أو وظوبية ، أو أفكار سحرية .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :-

البداية والمسار يعتمدان على السبب ، فالضلالات الناتجة عن تعاطى الأمفيتامين تتحسن تلقائيا بعد التوقف عن التعاطى خلال أيام قليلة ، وإن كانت تعود ثانية عند تعاطى جرعات قليلة ، وقد تظل ضلالات مرض الصرع لعدة سنوات .. و يسبب الاضطراب إعاقة اجتماعية ووظيفية شديدة ، وقد يؤذى نفسه في تفاعله مع الضلالات ، والمآل يعتمد على السبب من حيث قابليته للعلاج من عدمه .

التشخيص الفارق :-

١ - الفصام البارانوى : حيث أن الضلالات قد تكون منتظمة كما في حالة تعاطى الأمفيتامين ولكن الهلاوس المصاحبة في حالة الضلالية العضوية هلاوس بصرية غالبا ، والتعبير الوجدانى أكثر اتساقا والتفكير أقل اضطرابا .

٢ - الاضطراب الضلالى غير العضوى : لا يوجد سبب عضوى كما أن ظهور ضلالات جديدة لشخص فوق سن الخامسة والثلاثين دون تاريخ سابق لاضطراب ضلال أو فصام يجب أن يلفت الانتباه إلى احتمالية السبب العضوى (الضلالية العضوية) .

٣ - الهلاس العضوى : وفيها تكون الهلاوس بارزة وإذا وجدت ضلالات تكون مرتبطة بمحتوى الهلاوس .

٤ - اضطراب الوجدان العضوى : تشبه اضطراب الوجدان وإذا وجدت ضلالات تكون مرتبطة باضطراب الوجدان .

أسباب الضلالية العضوية :-

- (١) العقاقير خاصة الأمفيتامين أكثر الأسباب انتشارا وكذلك القنب ومحدثات الهلاوس والكوكايين .
- (٢) الآفات التى تصيب الفص الصدغى وآفات النخيف الأيمن لكرة المخ والفص الجدارى الأيمن .

(٣) بعض المصابين بصرع الفص الصدغى لديهم ضلالات بين النوبات فتشبه إلى حد كبير الفصام .

(٤) بعض حالات كوريا هنتنجتون .

علاج اضطراب الضلالية العضوية :-

يعتمد على علاج السبب الذى يجب اكتشافه وعلاجه ، وإذا لم يمكن ذلك فإن العلاج يشبه علاج الفصام من حيث إعطاء مضادات الذهان والمساندة بواسطة البيئة والتنويم بمستشفى إذا لزم الأمر والعلاج النفسى .

٦ - لزمة اضطراب الوجدان العضوية

(Organic Mood Syndrome)

و يتميز باضطراب الوجدان الثابت من الاكتئاب أو السرور المرضى ، والتي تشبه إما نوبة الاكتئاب أو الهوس ولكنها ترجع إلى سبب عضوى محدد . ولا يشخص الاضطراب إذا حدث ضمن اضطراب الانتباه (محافظة الانتباه لمثير أو صعوبة الانتقال من مثير لآخر كما فى الهذيان) .

وظواهر هذا الاضطراب الاكلينيكية تشبه الهوس أو الاكتئاب ، وتتراوح شدته من البسيط إلى الشديد ، وإذا وجدت ضلالات أو هلاوس فإنها تشبه تلك الموصوفة فى اضطرابات الوجدان .

و يصاحبه أعراض اكتئاب وقلق وسرعة استثارة وحزن وانطواء وشكاوى جسمانية ، ونوبات هلع وشك وبكاء أو ضلالات اضطهاد وعدم القيمة .. وفى حالة الهوس يوجد تقلب الوجدان وسرعة الاستثارة ، كما أن الضلالات والهلاوس أكثر شيوعا فى حالات الهوس من حالات الاكتئاب .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :-

تتفاوت البداية من حادة إلى متخفية ويختلف المسار طبقا للسبب وإزالة السبب لا تستلزم بالضرورة زوال الاضطراب بصورة كاملة ، فقد يظل بعدها

لأسابيع أو شهور بعد إزالة السبب بنجاح تام ، ولوحظ أن (١٠ ٪) من مرضى الاكتئاب العضوى فى حالات مرض كوشنج (Cushing) يحاولون الانتحار .

التشخيص الفارق :-

١ - اضطرابات الوجدان : لا يوجد سبب عضوى مع تاريخ لنوبات سابقة وتاريخ أسرى للاضطراب الوجدانى .

أسباب اضطراب الوجدان العضوى :-

١ - عقاقير خاصة مخفضات ضغط الدم المرتفع التى تعد أهم الأسباب فى إحداث اضطراب الوجدان العضوى ، بنسبة تصل إلى (١٠ ٪) ممن يتعاطون هذه العقاقير التى تسبب نقص السيروتونين (Serotonin depletion) .

٢ - أمراض عضوية تسبب تغيرات وجدانية خاصة أمراض الغدد الصماء مثل كوشنج .

٣ - أمراض تصيب المخ مثل أورام الدماغ أو التهاب الدماغ أو الصرع .

٤ - حالات التلف المصاحبة للسكتة الدماغية (Stroke) .

٥ - بعض الأمراض المعدية مثل الانفلونزا والالتهاب الكبدى الوبائى .

٦ - سرطان البنكرياس : وربما يكون ذلك بسبب الببتيدات العصبية فى القناة الهضمية التى تشبه تلك الموجودة بالدماغ .

٧ - أمراض أخرى أهمها : الأنيميا الخبيثة ومرض الذئبة الحمراء الجهازى (Systemic Lupus erythematosus) ، ومرض باركنسون وزهري الجهاز العصبى .

علاج اضطراب الوجدان العضوى :-

العلاج يعتمد على علاج السبب ، والعلاج الدوائى يشبه حالات الاكتئاب والهوس ، بالإضافة إلى العلاج النفسى الذى يعد مساعدا لطرق العلاج الأخرى .

٧- لزمة القلق العضوى (Organic Anxiety Synd.)

يتميز بنوبات بارزة ومتكررة من الهلع أو القلق العام الناتج عن سبب عضوى ، ولا يشخص فى حالة خلل الانتباه (كما فى الهذيان) .

وصورته الاكلينيكية تشبه اضطراب الهلع أو القلق العام ، وتتفاوت شدة الأعراض من الخفيفة إلى الشديدة حسب سرعة البداية وشدة العملية الباثوفسيولوجية والموقف النفسى الاجتماعى .. وعلى الأخصائى أن يشك فى قلق عضوى عندما توجد نوبات مزمنة من القلق مرتبطة بمرض عضوى معروف أنه يسبب قلق ، فمثلا نوبات ارتفاع ضغط الدم تشير إلى وجود ورم القواتم (Pheochromocytoma) ، ويكشف عنها بوجود زيادة من الكاتيكولامينات فى البول ، كما أن تعاطى جرعات قليلة من العقاقير محاكية الودى (Sympathomimetics) لفترات طويلة قد يسبب قلقا مزمنا . الفحص الطبى العام قد يكشف عن مرض البول السكرى أو ورم بالغدة الكظرية أو مرض بالغدة الدرقية أو حالة عصبية تصاحب أو تظهر بصورة قلق بعض المرضى تأتيهم نوبات من القلق الشديد أو الخوف الشديد كعرض وحيد لنوع من النوبات المشابهة للصرع (Complex Partial Seizures) ويصاحب أعراض القلق خلل معرفى بسيط بسبب خلل الانتباه الناتج عن القلق .

المسار والتنبؤ بالمآل :-

عندما تكون البداية مفاجئة تدفع المريض للبحث عن علاج عكس البداية المتخفية ، وإزالة السبب يتبعها نقص القلق فى معظم الحالات (مثل التوقف عن تعاطى العقاقير محاكية الودى) ، فى بعض الحالات إزالة سبب القلق لا يحقق الشفاء (مثل القلق التابع لالتهاب الدماغ) ، وفى هذه الحالات تعالج أعراض القلق دوائيا مع تدعيم اجتماعى وبيئى . وأقل حالات القلق العضوى حظا من الشفاء تلك المرتبطة بأعراض الوسواس القهرى ، فحتى بعد إزالة سبب قلق يظل السلوك الوسواسى القهرى ثابتا فى الشخصية ، فى هذه الحالات يلزم تدخل علاج

نفسى يهدف إلى تعديل السلوك .. و يزداد المآل سوءا فى حالات القلق العضوى عندما يلجأ المريض لعلاج نفسه بواسطة المهدئات أو الكحول فيصل إلى الإدمان .

وهناك مضاعفات تعتمد على السبب فمثلا تكرار نقص السكر فى الدم يؤثر على المخ وتنتج متلازمة القلق العضوية وقد يتبع ذلك حدوث خرف .

التشخيص الفارق :

القلق كعرض يرتبط بالعديد من الأمراض النفسية ، ولكى نشخص القلق العضوى يجب أن يكون القلق مسيطرا فى وجود عامل عضوى مسبب لهذا القلق . ولذا يلزم تمييزه من الآتى :-

١ - اضطرابات القلق : حيث لا يوجد معها سبب عضوى .

٢ - اضطراب الوجدان العضوى : إذا كان بصورة بارزة مع القلق العضوى يشخصان معا .

٣ - الهذيان والخرف : يختلفان فى أن الخلل المعرفى ظاهر وشديد .

أسباب القلق العضوى :-

١ - اضطرابات عصبية ناتجة من ورم بالمخ أو إصابة أدت إلى ارتجاج بالمخ أو تجمع دموى تحت الأم الجافية أو مرض بأوعية المخ أو التهاب الدماغ أو التصلب المتناثر (M.S.) أو مرض ولسون أو رقص هنتنجتون أو الصرع والشقيقة (Migraine) .

٢ - حالات جهازية من نقص الأكسجين الناتج من مرض بالجهاز الدورى أو اختلال إيقاع القلب أو نقص الكفاءة الرئوية أو الأنيميا (فقر الدم) .

٣ - اضطرابات الغدد الصماء (النخامية أو الدرقية أو جار الدرقية أو الكظرية أو ورم القواتم (Pheochromocytoma) .

٤- حالات نقص فيتامين (ب ١٢) وحالات البلاجرا .

٥- حالات التسمم : بالكحول أو أعراض سحب الكحول أو بالأفيتامين أو بالعقاقير محاكية الودي أو بالمواد الرافعة لضغط الدم أو بالكافيين أو أعراض سحب الكافيين ، والتسمم بالبولينا .

٦- حالات أخرى : أهمها تدلي الصمام التاجي (mitral valve prolapse) ونقص السكر بالدم والبرفيرية (Porphyria) .

علاج القلق العضوى :-

يلزم علاج السبب والأعراض البارزة مثل الرهاب والهلع أو القلق العام فيمكن علاجها بمضادات القلق ، أما أعراض الوسواس القهرى فتعالج بنجاح بمضادات الاكتئاب فى بعض الحالات .

٨- لزمة اضطراب الشخصية العضوى

(Organic personality synd.)

يتميز هذا الاضطراب بتغير واضح فى نمط الشخصية أو سماتها عن السابق بسبب عضوى و يكثر فى هذا الاضطراب عدم الثبات الانفعالى والانفجارات المتكررة من الغضب أو العدوان أو اختلال الحكم على الأمور اجتماعيا ، كما يلاحظ التبدل وعدم التمايز أو الشك أو الأفكار الاضهادية ، وقد تحدث لزمة اضطراب الشخصية العضوى لطفل صغير لم يكتمل نموشخصيته بعد ، و يشخص بواسطة التغيرات الهامة فى نمط سلوك الطفل المعتاد .

وتعمد الصورة الاكلينيكية على طبيعة ومكان الآفة الباثولوجية ، فالأفعال غير المقبولة اجتماعيا مثل التصرفات الجنسية دون اهتمام بالعواقب أو التبدل الواضح وعدم التمايز وعدم المبالاة بما يحدث حوله هذان النمطان يرتبطان بتلف الفصوص الأمامية للمخ ولذا تسمى (لزمة اضطراب الفص الأمامى للمخ) .

وهناك نمط آخرى يُرى فى المصابين بصرع الفص الصدغى حيث يلاحظ خشونة القول والفعل والتدين وأحيانا العدوان المفرط .. وقد يكون التغير الواضح

في الشخصية هو الشك والاضطهاد .. وإذا كانت نوبات العدوان أو الغضب بارزة يشار إلى هذا النوع بالانفجاري (Explosive type) .

يلاحظ أن مرضى اضطراب الشخصية العضوى لديهم يقظة واضحة ، وأن الخلل المعرفى البسيط لا يشير إلى تدهور الذكاء ، ونقص الانتباه لديهم هو المسئول عن خلل الذاكرة للأحداث القريبة .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :-

البداية عادة مفاجئة حيث تتغير الشخصية فجأة أو خلال فترة قصيرة ، والمسار والتنبؤ بالمآل يعتمدان على السبب ، فإذا كان تلقائياً في الدماغ فإن الاضطراب سيظل ثابتاً ، وقد يحدث الاضطراب بعد فترة من الغيوبة والهذيان في حالات إصابة الرأس وقد يكون ثابتاً .. وقد يتحول اضطراب الشخصية العضوى إلى خرف في حالات أورام الدماغ والتصلب المتأثر ومرض هنتنغتون .

أما تغيرات الشخصية الناتجة من تسمم مزمن أو مرض طبي أو علاج عقارى (مثل الدوبا المستخدم في علاج مرض الباركنسون) فقد تختفى بعد إزالة السبب .
بعض المرضى قد يتدهورون لدرجة يلزم معها الإشراف عليهم فيما يلزمهم من طعام وشراب وإخراج وحمايتهم من نتائج أفعالهم المخالفة للقانون .

التشخيص :-

يجب أن نفكر في تشخيص اضطراب الشخصية العضوى في حالات التغير الملحوظ في السلوك أو الشخصية متضمناً التقلب الانفعالى وخلل التحكم في النزعة ، وليس لديهم تاريخ لمرض نفسى وهذا التغير حدث فجأة أو خلال فترة قصيرة .

التشخيص الفارق :-

١- الخرف : الذى يتضمن تدهوراً كلياً في الذكاء والقدرات المعرفية والسلوكية ، ويعد تغير الشخصية أحد جوانبه فقط ، فقد يكون تغير الشخصية هو علامة أولية لمتلازمة الخرف .

٢- في الفصام والاضطراب الضلالي واضطرابات الوجدان واضطرابات ضبط النزعة غير المصنف في مكان آخر، قد يحدث تغير في الشخصية إلا أنه لا يوجد سبب عضوي يعزى إليه هذا التغير.

أسباب اضطراب الشخصية العضوية :-

- ١- تلف أجزاء معينة من الدماغ بسبب إصابة للرأس أو ورم خاصة في الفصوص الأمامية ، أو ضغط على هذه الأجزاء بسبب ورم الأغشية السحائية أو تجمع دموي تحت الأم الجافية .
- ٢- صرع الفص الصدغي .
- ٣- التصلب المتناثر ومرض هنتنغتون .
- ٤- مرض باركنسون الحاد بعد التهاب الدماغ .
- ٥- أمراض الغدد الصماء (الدرقية والكظرية) .
- ٦- التسمم المزمن بالزئبق والمنجنيز .
- ٧- تعاطي عقاقير منشطة نفسياً مثل إل . اس . دي .

علاج اضطراب الشخصية العضوية :-

يعالج السبب إذا كان قابلاً للعلاج ، وإعطاء عقاقير نفسية للأعراض الواضحة وقد يلزم رعايته اجتماعياً .

٩- لزعة الانسمام

(Intoxication)

وأهم ما يميزها السلوك غير المتوافق اجتماعياً ومتلازمة تعاطي مادة معينة تعزى إلى تعاطيها حديثاً أو وجودها في الجسم ، والصورة الاكلينيكية لا تتطابق مع إحدى متلازمات اضطراب الدماغ العضوية مثل الهذيان أو الضلالية العضوية أو الهلاس العضوي ، والتسمم قد يطرأ على أي من متلازمات اضطراب الدماغ العضوية باستثناء الهذيان .

و يعتبر الانسمام هو المجموعة المتبقية للصورة الاكلينيكية الناتجة من مادة خارجية لا تطابق أى من زميلات اضطراب الدماغ العضوى .. لذا فإن تعاطى الأمفيتامين المسبب لتفيم الوعى والملاوس الحسية يشخص على أنه هذيان الأمفيتامين (Amphetamine Delirium) أما الصورة الاكلينيكية الخفيفة غير المصحوبة بأعراض الهذيان فإنها تشخص تسمم أمفيتامين .

بالرغم من أن الصورة الاكلينيكية تعتمد على طبيعة المادة التى تم تعاطيها فإن أكثر التغيرات شيوعا اضطرابات الادراك واليقظة والانتباه والحكم على الأمور والتفكير والتحكم الانفعالى والسلوك الحركى . ويجب أن نلاحظ أن أكثر من مادة قد تسبب متلازمات متشابهة ، مثلا الأمفيتامين والكوكايين كلاهما قد يمثلان بتغيرات سلوكية مضطربة وسرعة ضربات القلب واتساع فتحة انسان العين وارتفاع ضغط الدم والعرق والارتجاف والغثيان والقيء .

ولا تشخص حالات التسمم مالم تحدث فشلا فى السلوك التكيفى مثل التأثير على الوظيفة العملية والاجتماعية وعدم تحمل المسئولية واضطراب الحكم على الأمور ومن ثم فإن التعاطى بهدف التنشيط الاجتماعى الذى يسبب تغيرا فسيولوجيا ونفسيا ولكن لا يسبب اضطراب السلوك لا يعتبر انسماما .

تعتمد بداية ومدة التسمم على : كمية المادة وطريقة التعاطى وتحمل الفرد (الإطاقة) لها وحجم الجسم والعمر النصفى للمادة (half — life) وعادة يظل التسمم ساعات قليلة ولكن قد يمتد الى أيام عديدة .. والشخص الذى يتكرر انسمامه (Intoxication) لمدة شهر واحد يصبح مسرفا للمادة (substance abuse) أو معتمدا عليها (substance dependence)

و يسبب هذا الانسمام بأعراضه للشخص مشاكل اجتماعية ووظيفية وتتفاقم إذا كان الشخص عليه مسئوليات عظمى اجتماعية أو وظيفية .

المضاعفات : المواد المثبطة للجهاز العصبى قد ينتج عنها الغيبوبة أو الوفاة والمواد المنشطة قد ينتج عنها نوبات صرعية . بالإضافة إلى الحوادث التى قد تنتج مثل قيادته السيارة وهو ثمل .. وبالنسبة لبعض المواد فإن تأثيرها المبدئى قد يؤدي إلى أحد زميلات اضطراب الدماغ العضوية ، فمثلا انسمام الأمفيتامين قد يؤدي إلى هذيان الأمفيتامين ، و انسمام الكحول المثلثى قد يؤدي إلى الخرف .

١٠ - لزمة الانسحاب لمادة (التوقف عن التعاطي)

(Withdrawal)

حيث تنشأ متلازمة اضطراب لمادة معينة عند التوقف عن تعاطيها أو تقليل الكمية عن ما اعتاده الشخص للوصول إلى حالة الانسحاب الفسيولوجية .. و يوضح ذلك التاريخ المرضي للشخص أو الاختبارات المعملية ، ولا تنطبق الصورة الاكلينيكية على أى من زميلات اضطراب الدماغ العضوية .. واضطراب التوقف عن التعاطي قد يصاحب أى من اضطراب الدماغ العضوية باستثناء الهذيان .

و يعتبر اضطراب التوقف عن التعاطي هو المجموعة المتبقية للصورة الاكلينيكية الناشئة عن الامتناع أو التقليل لتعاطي مادة ما والتي لا تطابق لزمة معينة من اضطراب الدماغ العضوى .. لذا فإن اللزمة الاكلينيكية المكونة من تغييم الوعي والهلاوس الحسية الناشئة بعد التوقف عن تعاطي الكحول تشخص بأنها هذيان التوقف عن تعاطي الكحول ، أما الصورة الاكلينيكية الخفيفة منه والمرتبطة بالتوقف عن التعاطي للكحول فتسمى لزمة التوقف عن تعاطي الكحول

(Alcohol withdrawal syndrome)

وتختلف الصورة الاكلينيكية للزمة طبقا للمادة التي كان يتعاطاها الفرد ، ولكن هناك أعراض شائعة منها القلق وعدم الاستقرار وسرعة الاستثارة والأرق ، واضطراب الانتباه .. و يصاحب ذلك أعراض أخرى تتوقف على المادة التي كان يتعاطاها كاضطراب الوظائف الفسيولوجية فيحدث الغثيان والقيء بعد التوقف عن تعاطي الكحول (على سبيل المثال) .

واضطراب التوقف عن التعاطي محدود الفترة حيث لا يتجاوز أيام قلائل أو عدة أسابيع على الأكثر ، باستثناء الحالات التي تخلف أحد لزمات اضطراب الدماغ العضوية مثل الهذيان .

الإعاقة متفاوتة من خفيفة كما في سحب النيكوتين إلى شديدة كما في سحب الكحول ومشتقات الأفيون .

المضاعفات : ليتجنب الشخص أعراض الانسحاب المؤلمة يستمر في

التعاطي . وقد يلجأ للمسرقة أو النصب والغش للحصول على نقود لشراء المادة .

١١ - المتلازمة العقلية العضوية غير المصنفة في مكان آخر

أحيانا توجد مجموعات من الأعراض التي لا تتفق مع مواصفات أى من المتلازمات السابقة و يوجد برهان على سبب عضوى لذلك ، مثل الانهاك العصبى (neurasthenic) المرتبط ببداية مرض أديسون (Addison) ، والاضطرابات غير العادية للوعى أو السلوك التى تحدث أثناء النوبات الصرعية .

ثانيا : الاضطرابات العقلية العضوية (Organic Mental Disorders)

وتقسم إلى ثلاث مجموعات :-

أ - اضطراب خرف الشيخوخة وما قبلها .

ب - الاضطرابات العقلية الناشئة عن مواد ذات مفعول نفسى .

ج - الاضطرابات العقلية التى سببها مرض عضوى آخر على المحور الثالث .

أ - اضطراب خرف الشيخوخة وما قبلها

(Dementias Arising in the Senium and presenium)

و يعتبر الخرف الذى يصيب الإنسان بعد سن الخامسة والستين خرف الشيخوخة ، وما قبلها يسمى خرف ما قبل الشيخوخة ، ورغم أن مرض الزهايمر يعد مرضا مستقلا يشخص على المحور الثالث ، إلا أن الخرف الناشئ عنه (التنكس الأولى) يجب أن يصنف طبقا للسن (شيخوخة أو ما قبلها) ، بهدف الاستمرارية التاريخية لهذه التسميات وللمحافظة على المقارنة بالتصنيف التشخيصى الدولى التاسع (ICD9) ؛ ولقد لوحظ حاليا سمات اكلينيكية محددة لمرض الزهايمر الذى كان يعرف قبل ذلك بالتغيرات المستوياتولوجية فقط ، لذلك أورد الدليل الإحصائى التشخيصى الثالث المراجع (D S M III — R.)

مواصفات لزمة تشخيصية للخرف التنكسي الأولى من نوع الزهايمر، وفي حالة وجود صورة إكلينيكية محددة تختلف عن تلك المرتبطة بمرض الزهايمر أو أن مرضاً آخر محدد (مثل كوريا هنتنغتون) موجود ضمن الصورة الإكلينيكية يستخدم تشخيص خرف الشيخوخة أو ما قبلها غير المصنف في مكان آخر، ويشار للمرض المحدد على المحور الثالث.. كما لوحظ أن الخرف المرتبط بمرض الأوعية الدموية والذي كان يسمى قبل ذلك بالذهان المصاحب لتصلب شرايين المخ، يرتبط باحتشاءات متكررة في المخ ومتعددة من خلال فحص مخ الموتى، لذا سميت هذه المجموعة بخرف الاحتشاءات المتعددة.

١- الخرف التنكسي الأولى من نوع الزهايمر

(Primary Degenerative Dementia of The Alzheimer Type)

ويتميز هذا الاضطراب ببداية متخفية ومسار اشتدادى يصل إلى التدهور، مع صورة إكلينيكية لخرف متنوع يشمل مختلف القدرات (الذكاء والذاكرة والحكم على الأمور والتفكير التجريدى) مع تغيرات في الشخصية والسلوك وباقي صورة الخرف التي سبق ذكرها، على أن تستبعد كل الأسباب الأخرى التي تسبب خرفاً من التاريخ المرضى والفحص الإكلينيكي والاختبارات المعملية.

انواعها :-

(أ) خرف تنكسي أولى من نوع الزهايمر ذو بداية في الشيخوخة (بعد عمر ٦٥ سنة) :-

- (١) مصاحب بهذيان .
- (٢) مصاحب بضلالات .
- (٣) مصاحب باكتئاب .
- (٤) غير مصاحب بمضاعفات .

(ب) خرف تنكسي أولى من نوع الزهيمر ذوبداية قبل الشيخوخة (عند سن الخامسة والستين أو قبلها) :-

- (١) مصاحب بهذيان .
- (٢) مصاحب بضلالات .
- (٣) مصاحب باكتئاب .
- (٤) غير مصاحب بمضاعفات .

البداية والمسار:-

يبدأ اضطراب الزهيمر في أغلب الحالات في الشيخوخة (بعد سن الخامسة والستين) وفي بعضها قبل الشيخوخة ، ونادرا قبل سن الخمسين ، بداية متخفية ومسار اشتدادى يصل المريض إلى التدهور، ففي المراحل المبكرة يوجد خلل في الذاكرة في صورة نقص معرفى ظاهر، وقد يوجد تغيرات في الشخصية مثل التبلد ونقص التلقائية والانسحاب الاجتماعى ، و يظل المصاب بهذا الاضطراب منظما جدا وحسن المظهر، متعاوناً .

و يتصرف بطريقة مقبولة اجتماعيا ، باستثناء سرعة استشارة ينشأ عنها بعض الانفجارات الانفعالية أحيانا ، ولكن مع تقدم المرض إلى المرحلة المتوسطة فإن الاختلالات المعرفية تصبح واضحة تماما ، و يتأثر السلوك والشخصية بشكل واضح ، وفي المراحل الأخيرة قد يصبح الشخص أبكم وغير منتهبه تماما ، و يصبح معوقا^(٤) لا يستطيع العناية بنفسه ، وتنتهى بالوفاة خلال خمس سنوات من بدء الأعراض في حالة الخرف البادىء في الشيخوخة .

التغيرات الباثولوجية:-

في أغلب الحالات يضر الدماغ وتتسع الأخاديد في قشرة المخ ، كما تتسع البطينات ، ويظهر هذا في التصوير المقطعى للدماغ باستخدام الكمبيوتر أو

(٤) سبق ذكر الإعاقة والمضاعفات ضمن لزمة الخرف ص (١٧٨)

بالاشعة (X — Ray) بعد الحقن بالهواء ، وعادة يكشف الفحص المجهرى عن تغيرات هستوباثولوجية ثلاثة هى :—

- (١) (Senile plaques) لويحات الانسجة الهرمة .
- (٢) (neurofibrillary tangles) ليفات عصبية متشابكة .
- (٣) تنكس الخلايا العصبية بفجوات محبة
(granulovascular degeneration of neurones)

التشخيص الفارق : يجب أن يميز مرض الزهيمر من :—

- (١) الشيخوخة الطبيعية : لا تسبب تدهورا ذكائيا واجتماعيا بصورة بارزة كما يحدث فى مرض الزهيمر .
- (٢) الأسباب القابلة للشفاء مثل نزف تحت الأم الجافية أو ورم بالمخ ، ونقص فيتامين ب ١٢ ، ونقص نشاط الغدة الدرقية ، يجب استبعادها بواسطة التاريخ المرضى والفحص والاختبارات العملية .
- (٣) الخرف الناشئ عن احتشاءات متعددة الذى يتميز بتقدمه الاشتدادى المتدرج مع وجود علامات عصبية بؤرية مع أعراض مرض بالآوعية الدموية .
- (٤) نوبات الاكتئاب العظمى لدى كبار السن قد تتشابه مع الخرف لدرجة أطلق عليها الخرف الكاذب (Pseudodementia) .
- (٥) مرض بيك (Pick's Disease) : يصعب تمييزه من مرض الزهيمر على أسس اكلينيكية ، ولكن لوحظ أن بيك فيه علامات عصبية بؤرية أكثر وضوحا من الزهيمر ، ولكن يظل التمييز الأكيد للفحص المجهرى لعينه من الدماغ بعد الوفاة .

الانتشار :—

ينتشر مرض الزهيمر فى نسبة (٢ — ٤ %) من جموع الناس الذين يتجاوزون الخامسة والستين من العمر ، وتزداد هذه النسبة مع تقدم العمر خاصة بعد

الخامسة والسبعين و يكثر انتشاره بين الإناث ، كما يكثر بين أقارب المصاب (قرابة درجة أولى) عنه بين الناس بصفة عامة .

أسباب مرض الزهيمر:-

ما زال السبب في مرض الزهيمر غير معروف ، ولكن افترض العامل الوراثي لزيادة انتشاره بين الأقارب ، ولوحظ حدوثه بين أغلب المرضى بلزمة داون (Down's Syndrome) الذين يظلون على قيد الحياة إلى العقد الثالث من العمر، كما اكتشف حديثا شذوذ في الجين الصبغي رقم (٢١) لدى الزهيمر، وهونفس الجين الشاذ في لزمة داون .. التسمم بالألومنيوم حيث لوحظ وجود هذا العنصر بمعدلات مرتفعة في أنسجة الدماغ للمرضى المتوفين بسبب مرض الزهيمر كما لوحظ نقص في كمية الانزيم اللازم لتخليق الأسيتيل كولين (Choline acetyltransferase) .. كما افترض أن السبب عدوى فيروسه ، أو أنه مرض في المناعة الذاتية (Autoimmune Disease) .

علاج مرض الزهيمر:-

لا يوجد علاج محدد لمرض الزهيمر ولكن هناك محاولات علاجية تستخدم عقاقير تزيد من الأسيتيل كولين مثل تتراهيدروأمينوأكريد (Tetrahydroaminoacridine) أو الكولين والليثين (Choline, Lecithine) التي يتكون منها الأسيتيل كولين ، ولوحظ أن خلطه مع العوامل التي تحفز النشاط قبل المشبكي للخلايا العصبية مثل (Piracetam) الذي يعرف تجاريا باسم نوتروبيل (Nootropil) بالإضافة لرعاية المرضى التي قد تصل إلى رعاية مستمرة في الحالات الشديدة التدهور، وإعطاء عقاقير للأعراض النفسية إذا لزم الأمر، كما يجب توجيه الاهتمام لأسرته التي تعنى به والتي قد يصيبها الملل من رعايته لفترة طويلة دون تحسن .

٢- الخرف الناتج عن احتشاءات متعددة

(Multi — infarct Dementia)

وهو الخرف الذى يكون التدهور المعرفى فيه على شكل خطوات ، ويترك فى البداية بعض الوظائف المعرفية نسبيا (Patchy deterioration) كما توجد علامات عصبية بؤرية واضحة (مثل ضعف الأطراف وعدم تماثل المنعكسات العصبية العميقة وصعوبة الكلام وضيق الخطوات فى المشية ، وذلك طبقا لمناطق الدماغ التى يصيبها التلف .

و يوجد برهان على المرض الوعائى المخى يظهر من خلال الفحص الجسمانى كارتفاع ضغط الدم أو تضخم عضلة القلب أو شذوذات وعائية فى فحص قاع العين ، وهذا المرض الوعائى يجب أن يوضع على المحور الثالث .

و يصاحبها نوبات من الضحك والبكاء وصعوبة الكلام وصعوبة البلع ، وقد توجد فترات من تغييم الوعى أو الاغماء والصداع ، واضطراب النوم وتغيرات فى الشخصية .. و يلاحظ أن هذا الاضطراب يبدأ فى سن مبكرة عن مرض الزهايمر . و يظهر الفحص الباثولوجى مناطق من التلين فى الدماغ مع تغيرات باثولوجية متفاوتة فى الأوعية الدموية .

التشخيص :-

يشخص الخرف الناتج عن احتشاءات متعددة بما يلى :-

- (أ) مواصفات الخرف الاكلينيكية .
- (ب) المسار الذى يشتد فى اتجاه التدهور والذى يصيب بعض الوظائف دون بعضها .
- (ج) الأعراض العصبية البؤرية .
- (د) برهان على مرض وعائى من خلال التاريخ المرضى والفحص والاختبارات المعملية الذى يمكن اعتباره سبب الاضطراب .

أنواعه :-

- ١ - خرف ناتج عن احتشاء متعدد مصاحب بهذيان .
- ٢ - خرف ناتج عن احتشاء متعدد مصاحب بفضلالات .
- ٣ - خرف ناتج عن احتشاء متعدد مصاحب باكتئاب .

التشخيص الفارق :

- ١ - نوبات القصور الدموي المخي العابرة (Transient ischaemic attacks) وهي فترات قصيرة من فقد بعض الوظائف البؤرية العصبية التي تقل عن ٢٤ ساعة (عادة من ٥ - ١٥ دقيقة) ، وهناك آلية قد تكون مسئولة عن هذه النوبات هي صمّات (emboli) صغيرة جدا تسبب هذا القصور الدموي العابر ، وتزول تلقائيا دون تغير باثولوجي في أنسجة المخ .
- ٢ - مرض الزهيمير (الذي سبق وصفه) .

الانتشار:-

يقل انتشاره كثيرا عن مرض الزهيمرو يكثر بين الذكور .

الأسباب :-

المرض الوعائي الموجود هو المسئول عن الاحتشاءات في الأوعية الدموية الصغيرة الحجم والمتوسطة .

علاج الخرف الناتج عن الاحتشاءات المتعددة :-

علاج المرض الوعائي وضغط الدم المرتفع قد يمنع من تقدم المرض ، كما أن التوقف عن التدخين يحسن من الوظائف المعرفية .. بالإضافة إلى علاج الخرف بوجه عام مثل الاهتمام بصحة المريض الجسمانية وتوفير رعاية أسرية ، وعقاقير نفسية إذا لزم ، مثل منوم في حالات الأرق ، أو مضاد للاكتئاب في حالة وجود اكتئاب .

٣- خرف شيخوخة غير مصنف في مكان آخر

(Senile Dementia Nototherwise Specified)

وهو خرف بعد سن الخامسة والستين لا يمكن تصنيفه كخرف محدد مثل خرف تنكسي أولى من نوع الزهايمر أو خرف مرتبط بالكحولية ويحدد السبب إذا عرف على المحور الثالث .

٤- خرف قبل الشيخوخة غير مصنف في مكان آخر

(Presenile Dementia Not Otherwise Specified)

وهو خرف مرتبط بعامل عضوى قبل سن الخامسة والستين ولا يمكن تصنيفه كخرف مثل الخرف التنكسي الأولى من نوع الزهايمر، ويحدد السبب إذا عرف على المحور الثالث مثل مرض بيك (Pick's Dis) .

ب- الاضطرابات العقلية الناتجة عن مواد ذات مفعول نفسى

(Psychoactive Substance Induced Organic Mental Disorders)

هذه المجموعة من الاضطرابات عبارة عن مجموعة من المتلازمات العقلية المختلفة الناشئة عن تأثيرات مباشرة لمواد ذات مفعول نفسى متفاوت على الجهاز العصبى ، وقسمت هذه المواد إلى إحدى عشرة مجموعة هى :-

- ١- الكحول .
- ٢- الأمفيتامين وما يشبهه .
- ٣- الكافيين .
- ٤- القنب .
- ٥- الكوكايين .
- ٦- محدثات الهلاوس .
- ٧- المستنشقات .
- ٨- النيكوتين .
- ٩- المواد التى تشبه الأفيون .
- ١٠- عقارب . س . ب (PC.P) وما يشبهه
- ١١- المهدئات والمنومات ومضادات القلق

وتوجد مجموعة متبقية للاضطرابات العقلية العضوية تتسبب بمواد ذات تأثير نفسى غير محددة ، .. و يشترط أن يكون تعاطى هذه المواد ليس كعلاج طبى لتغيير الوجدان أو السلوك .

يلاحظ أن الانكار مشكلة شائعة لدى المدمنين ، وأغلب المواد يمكن تحديدها في البول خلال (٤٨ ساعة) من التعاطي ، بواسطة فحص البول معمليا باستخدام طريقتين إحداهما : ذات حساسية عالية لفصل المتعاطي (موجب) من غير المتعاطي (سالب) و يسمى اختبار الفصل (أو الغربلة) (Screening) (°) إلا أنه قد يوجد موجب زائف من هذه الطريقة ، ولذا فإن الحالات الموجبه يتم التأكد منها بالطريقة الثانية : وهي أقل حساسية ولكنها أكثر تحديدا للمواد ، كما أنها أيضا أكثر تكلفة ومن أهمها (high Performance Gas chromatography) و (liquid chromatography) .. وهذه الاختبارات تساعد على تحديد المادة المستعطاه ، لأن الأعراض قد تتشابه وقد يصعب تحديدها إكلينيكيًا ، وهذا يساعد في بدء العلاج المناسب ، كما أن معدل المادة في الدم يساعد في تحديد إلى أي حد أصبح الشخص يطيق المادة (Tolerance) وهذا يدل على مدة التعاطي .. وتفيد هذه الاختبارات أيضا في التمييز بين الادمان والذهان .. ويمكن إجرائها قبل القياسات النفسية لتدخل هذه المواد في نتائج القياس ، وعند الكشف عن وجودها تؤجل الاختبارات النفسية إلى ما بعد زوال أثر المادة من الجسم (حوالى أسبوعين) .

الاضطرابات العقلية الناتجة عن تعاطي الكحول

(Alcohol — induced organic mental disorders)

١ — اضطراب الانسسام الكحولي

(Alcohol Intoxication)

و يتميز بالسلوك غير المتكيف نتيجة لتعاطي الكحول ، في صورة العدوان واضطراب الحكم على الأمور وعدم الانضباط الاجتماعي والوظيفي ، بالإضافة إلى الملامح الفسيولوجية التي تكون مصاحبة مثل احمرار الوجه والمشية المترنحة ورأوة العين ، مع الشرثرة غير الواضحة المقاطع ونقص الانتباه وسرعة الاستثارة والسرور أو الاكتئاب أو التقلب الانفعالي .

(٥) من أمثلة هذه الاختبارات (Thin -layer Chromatography & immune assay tests)

والكحول أساسا مثبت لنشاط الجهاز العصبى ولكن تأثيره المبدئى غالبا منشط ، لذا فيبدأ الانسمام الكحولى بزيادة النشاط والاحساس بالقوة وزيادة الطاقة الدهنية و ينتهى بالاكتئاب والانسحاب والبله وفقدان الوعى .. ومدة نوبة الانسمام الكحولى تعتمد على كمية ونوع الكحول ومعدل التعاطى وتناول الطعام من عدمه ، ويختلف تحمل الأفراد (إطاقتهم) وقابليتهم للانسمام الكحولى فبعض الأفراد يظهرن انسماما عندما يصل الكحول فى الدم إلى (٣٠ مجم %) بينما آخرون لا يظهرن انسماما حتى عند وصوله فى الدم إلى (١٥٠ مجم %) .. ولكن الأفراد يظهرن انسماما عندما يكون الكحول فى الدم بين (١٠٠ و ٢٠٠ مجم %) ... وتحدث الوفاة عندما يصل (من ٤٠٠ إلى ٧٠٠ مجم %) .

٢ - اضطراب الانسمام التحساسى الكحولى (Alcohol Idiosyncratic Intoxication)

حيث يحدث تغير سلوكى بسبب تعاطى كمية من الكحول غير كافية لاحداث تسمم فى معظم الناس ، و يتبعها نسيان لفترة الانسمام .. و يعود الشخص إلى حالته الطبيعية عند هبوط مستوى الكحول فى الدم .. و يبدو أن هذا الاضطراب نادر الحدوث .

٣ - الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطى الكحول (Alcohol Withdrawal)

ويميزه أعراض معينة مثل رعاش اليدين واللسان وجحوظ العينين والغثيان والقىء والضعف الجسمانى وزيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل (مثل زيادة ضربات القلب والعرق وارتفاع ضغط الدم) . والقلق أو الاكتئاب الوجدانى أو سرعة الاستثارة وهذه الاعراض تحدث بعد التوقف عن التعاطى أو تقليله بواسطة الشخص الذى ظل يتعاطاه لعدة أيام .

و يصاحب ذلك بنوم متقطع تتخلله أحلام مزعجة بالإضافة إلى خداعات الإدراك التى تحدث فى أثناء اليقظة ..

وتختفى هذه الاعراض في غضون خمسة الى سبعة أيام مالم يحدث هذيان التوقف عن تعاطى الكحول .

٤ - هذيان التوقف عن تعاطى الكحول

(Alcohol Withdrawal Delirium)

حيث يحدث الهذيان بسبب التوقف عن تعاطى الكحول أو تقليل الكمية ، ويزيد نشاط الجهاز العصبى المستقل ، والضلالات والهلاوس البصرية .. وهذا الاضطراب يسمى أيضا الهذيان الارتعاشى (Delirium Tremens) ، حيث يصاحبه رعاش غليظ (Coarse Tremors) . غير منتظم .

وتحدث النوبة الأولى من هذا الاضطرابات بعد فترة تعاطى للكحول بكميات كبيرة تمتد من خمسة أعوام الى خمسة عشر عاما ، وعادة يكون فى شكل نوبات .. وتبدأ النوبة فى اليوم الثانى أو الثالث من التوقف عن التعاطى أو تقليل الكمية ، وأحيانا تبدأ قبل ذلك ونادرا ماتأخر لمدة أسبوع .

٥ - هلاس الكحول (Alcohol Hallucinosi)

وسمته المميزة هى وجود هلاوس سمعية بعد التوقف عن تعاطى الكحول أو تقليل الكمية عن المعتاد تناولها بواسطة الشخص الذى أصبح معتمدا على الكحول ، وعادة تكون أصواتا ويندر أن تكون غير مكتملة التكوين ، وتحدث فى خلال ٨٤ ساعة من التوقف أو التقليل وأحيانا تتأخر عن ذلك .. و يكون محتوى الهلاوس مزعجا ، وربما تهدده هذه الأصوات مما قد يجعله يستدعى البوليس لحمايته ، وربما يؤذى نفسه أو غيره بسببها

كما يصاحب ذلك هلاوس بصرية بصورة عابرة (أى غير ثابتة) وأرتجاف الأطراف أو التشنج وأحيانا الهذيان .

غالبا هذا الاضطراب لا يستمر أكثر من أسبوع ، ولكن قد يستمر الى عدة أسابيع فى نسبة ١٠ ٪ من الحالات ، ونادرا مايصبح مزمننا وقد يصاحبه ظهور افكار اضطهادية وضلالات ، الأمر الذى يجعل هذا الاضطراب يصعب تمييزه من الفصام

٦ - اضطراب النساوة الكحولى

(Alcohol Amnestic Disorder)

وسمته المميزة هى النسيان الذى يرجع الى نقص الفيتامين (٦) المصاحب لتعاطى الكحول لفترة طويلة من الزمن، ويسمى كورساكوف (Korsakoff's Disease) .

ويصاحب ذلك اضطرابات عصبية مثل التهاب الاعصاب الطرفية والرنح (Ataxia)

وأضطرب النساوة الكحولى غالباً يتبع نوبة حادة من التهاب الدماغ المسمى (٧) (Wernicke's encephalopathy) ، الذى تختفى أعراضه تدريجياً ، ويظل اضطراب الذاكرة فى صورة النسيان ، وإذا تم علاج الالتهاب الدماغى المذكور بجرعات كبيرة من الثيامين فإن نساوة الكحول قد لا تحدث .. وعند حدوثها بصورة مستقرة فإن التحسن الذى قد يطرأ عليها يكون طفيفاً وبعد وقت طويل من العلاج ، ويحتاج المريض الى رعاية بقية حياته .

٧ - الخرف المصاحب للكحولية

(Dementia Associated With Alcoholism)

وهو الخرف المصاحب لتعاطى الكحول لفترة طويلة وبكميات كبيرة مع استبعاد كل أسباب الخرف الأخرى ، ولتفادى أن يكون هذا الخرف تأثيراً عابراً للتسمم الكحولى أو التوقف عن التعاطى ، فإن هذا التشخيص لا يوضع الا اذا استمر ذلك لمدة لا تقل عن ثلاثة أسابيع من التوقف عن تعاطى الكحول .

(٦) فيتامين ب١

(٧) مرض عصبى يتميز بتفيم الوعي والرنح ورأاة العين وعلامات عصبية أخرى .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من الباريتورات أو المواد ذات
المفعول المشابه (المهدئة أو المنومة)

١ - الانسحاب بالباريتورات أو ما يشابهها

و يتميز بتعاطى المريض للباريتورات أو ما يشبهها من حيث التأثير المهدىء
أو المنوم ، و يؤدي الى تقلب الوجدان واطلاق العدوان والنزعات الجنسية أو
سرعة الاستثارة والثرثرة واضطراب التحكم العصبى والمشي المترنحة ، واضطراب
الانتباه والذاكرة والحدس على الامور ، مما يؤدي الى فشله فى تحمل مسئولياته
الوظيفية والاجتماعية ، وليس سبب ذلك مرض عقلى أو جسمانى آخر .

٢ - الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطى الباريتورات أو ما يشبهها

حيث يوجد تاريخ للتعاطى لفترة طويلة ، وعند التوقف أو تقليل كمية
التعاطى يحدث الغثيان والقيء وزيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل (مثل
زيادة ضربات القلب والعرق وارتفاع ضغط الدم) والقلق أو الاكثاب مع سرعة
الاستثارة ورعشة اليدين واللسان وليس سبب ذلك مرض جسمانى أو عقلى آخر .

٣ - هذيان التوقف عن تعاطى الباريتورات أو ما يشبهها

ويحدث الهذيان خلال أسبوع من التوقف أو التقليل بعد أن كان التعاطى
بكمية كبيرة ، ويزداد نشاط الجهاز العصبى المستقل .

٤ - اضطراب النسابة الناتج عن تعاطى الباريتورات أو ما يشبهها

حيث يتسبب عن التعاطى الطويل المدى اضطراب النسابة الذى سبق
وصفه .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن المواد الأفيونية

(Opioid Organic Mental Disorders)

وهذه المجموعة تشمل مواد طبيعية مثل المورفين والهيروين ومواد مخلقة ذات مفعول يشبه المورفين مثل المبريدين والميثادون ، و يتم تعاطي هذه المواد عن طريق الفم أو عن طريق الحقن في الوريد أو العضل أو تحت الجلد .

١ - الانسمام بالمواد الأفيونية

(Opioid Intoxication)

و يتميز بعلامات نفسية وعصبية وتأثيرات سلوكية غير تكيفية بسبب التعاطي الحديث للمواد الأفيونية .

والعلامات النفسية هي الشعور بالسرور أو الشعور بالضييق مع التبلد والبطء الحركي .. والعلامات العصبية هي التضيق الشديد في حدقتي العينين (أو اتساعهما بسبب نقص الأوكسجين المصاحب لزيادة الجرعة بصورة شديدة) ، والنعاس وعدم وضوح مقاطع الكلام واضطراب الانتباه والذاكرة .. والسلوكيات غير التكيفية تشمل اضطراب الحكم على الأمور الذي يترتب عليه فشل الشخص في علاقاته الاجتماعية وأداء عمله الوظيفي وفشله في تحمله المسؤوليات .

وقد يصاحب ذلك نقص حدة الرؤية البصرية والامساك وعدم الاحساس بالألم . عند تعاطي جرعة مورفين عن طريق الوريد فان قمة التأثير الذاتى للفرد تحدث خلال خمس دقائق و يظل تأثير الجرعة لفترة من أربع الى ست ساعات .

وأخطر المضاعفات هو الانسمام بالمواد الأفيونية الذي يظهر في صورة غيبوبة والهبوط الحاد في ضغط الدم وتضيق حدقتي العينين وخمود التنفس ، مع احتمال الوفاة بسبب توقف التنفس .. ويمكن ازالة هذه الاعراض بواسطة حقن جرعة مضادة مثل نلوكسون (naloxone) أو نلورفين (nalorphine) أو لفالورفان (levallorphan) ، خاصة اذا أعطيت قبل حدوث تلف الدماغ بسبب غياب الأكسجين .

٢- الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطي المواد الأفيونية (Opioid Withdrawal)

ويعيها دمعان العينين وثر الأنف^(٨) واتساع حدقتي العينين والعرق والاسهال والتثاؤب وسرعة ضربات القلب وارتفاع درجة الحرارة والأرق وارتفاع ضغط الدم الطفيف .. وهذه الاعراض والعلامات تظهر بعد التوقف عن تعاطي المواد الأفيونية بفترة أسبوع الى أسبوعين من التعاطي المستمر، أو باعطاء الجرعة ذات المفعول المضاد (مثل نلوكسون أو نلورفين) .

و يصاحب ذلك عدم الاستقرار وسرعة الاستثارة والاكتئاب والرعدة والضعف الجسماني والغثيان والقيء وآلام المفاصل والعضلات .. وهذه الصورة الاكلينيكية تشبه الى حد كبير الصورة الاكلينيكية للاتفلونزا .

وفي حالات المورفين أو الهيروين تكون الأعراض الأولية للتوقف عن التعاطي خلال ست الى ثمانى ساعات بعد الجرعة السابقة وتصل الأعراض الى أقصى درجة في اليوم الثانى وتختفى بعد أسبوع الى عشرة أيام .. أما في حالات المبريدين فان الاعراض تبدأ سريعا بعد آخر جرعة وتصل الى درجتها القصوى خلال ثمانى الى اثنتى عشرة ساعة وتختفى خلال أربعة الى خمسة أيام .. ويختلف الميثادون في أن اعراضه تبدأ بعد يوم الى ثلاثة أيام من آخر جرعة وتكون بصورة خفيفة وتنتهى بعد عشرة الى أربعة عشر يوما .

و يلاحظ أن المواد ذات المفعول قصير المدى تحدث أعراض توقف حادة وقصيرة المدى أيضا ، بينما المواد طويلة المفعول تحدث أعراضا في مدى أطول وخفيفة السحدة .. هذا بخلاف الجرعات المضادة التي تحدث أعراضا شديدة حتى للمواد طويلة المفعول .. ونادرا ما تحدث الوفاة مالم يكن هناك مرض جسماني شديد .

(٨) ثر الأنف : rhinorrhea

الاضطراب العقلي العضوي الناتج من الكوكايين (Cocaine Organic Mental Disorder)

عادة يتم تعاطي الكوكايين عن طريق الشم بواسطة الأنف (للرقائق البلورية أو المسحوق) ، وأحيانا يفضل متعاطوا الأفيون تعاطي الكوكايين عن طريق الحقن في الوريد حيث يخلطونه مع الهيروين ، وأحيانا يدخن في الغليون أو السجائر حيث يكون تأثيره شبيها بالحقن في الوريد ... والتوقف عن تعاطيه لا يسبب اضطرابا عقليا .

١ - الانسمام بالكوكايين (Cocaine Intoxication)

ويميزه الشعور بالانسجام والثقة وزيادة اليقظة والادراك للمثيرات ، وقد يسبب القلق أو الأحساس بالعظمة والثثرة وزيادة كمية التفكير، بالإضافة الى أعراض جسمانية هي سرعة ضربات القلب واتساع حدقتي العينين وارتفاع ضغط الدم والعرق أو الارتجاف والغثيان والقيء الشهية للطعام والأرق ، وتبدأ هذه الأعراض خلال ساعة واحدة من التعاطي وقد تحدث خلال دقائق قليلة .

و يصاحب ذلك أعراض تسبب اضطرابا لتكيف الشخص مثل اضطراب الحكم على الأمور مما يجعله مضطرب السلوك وغير قادر على أداء عمله الوظيفي مع الفشل في علاقاته الاجتماعية .. وقد يوجد صداع والاحساس بضربات القلب ، أو أفكار اضطهادية ، وزيادة الاهتمام الجنسي ، وسماع أصوات تناديه ، وهلاوس حسية تشبه الحشرات التي تزحف على جسمه وتسمى « بق الكوكايين) ، وقد يلاحظ حركات تكرارية بالفم واللسان .

وتظهر أعراض الرغبة لمزيد من الكوكايين في صورة القلق وارتجاف وسرعة الاستشارة والاجهاد بعد ساعة تقريبا من أعراض الانسمام السابقة .. وتختفي كل أعراض الكوكايين تلقائيا خلال أربعة وعشرين ساعة .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من الأمفيتامين أو المواد المشابهة المفعول

(Amphetamine or Similarly Acting Sympathomimetic
Organic Mental Disorders)

وتشمل الأمفيتامين والدكستر و أمفيتامين ومث أمفيتامين ومواد أخرى تشبه
الأمفيتامين مثل المثيل فينيدات أو بعض المواد التي تستخدم مشبطات للشهية .
وتؤخذ هذه المواد عن طريق الفم أو الحقن في الوريد .

١ - الانسمام بالأمفيتامين أو المواد شبيهة المفعول

(Amphetamine or Similarly Acting Sympathomimetic
(intoxication

و يشبه الى حد كبير ما يحدث في حالات الانسمام بالكوكايين باستثناء أن
الاضلالات أو الهلاوس في حالة الكوكايين دائما عابرة ، بينما في حالة
الامفيتامين قد تكون ثابتة بعد التأثير المباشر للمادة ، وفي هذه الحالات يسمى
اضطراب الضلالات الناتج عن الأمفيتامين أو ما يشبهه من حيث المفعول .

٢ - الهذيان الناتج عن الأمفيتامين أو المواد شبيه المفعول

حيث يحدث الهذيان خلال أربعة وعشرين ساعة من تعاطي الأمفيتامين أو
ما يشبهه من حيث المفعول .. و يصاحبه هلاوس شمعية وتقلب الوجدان والسلوك
العدواني .

عادة يحدث الهذيان خلال ساعة من تعاطي المادة و ينتهى بعد ست
ساعات .

٣- اضطراب الضلالات الناتج عن الأمفيتامين أو المواد مماثلة المفعول

حيث توجد ضلالات اضطهادية بعد التعاطي المزمن للأمفيتامين أو المواد المماثلة من حيث المفعول ، بالإضافة الى أفكار عدائية وقلق ، وهلاوس حسية في صورة بق أو ديدان تحت الجلد و يؤدي ذلك إلى حك الجلد لدرجة احداث تسليخات .

٤- زملة اضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطي الأمفيتامين أو المواد مماثلة المفعول

وفيه يحدث الاكتئاب والاجهاد واضطراب النوم وزيادة الأحلام لزيادة النوم ذو حركة العين السريعة ، وذلك بعد التوقف أو تقليل التعاطي للأمفيتامين أو ما يشبه .. و يصاحب ذلك أفكار انتحارية .

ويحدث الاضطراب خلال ثلاثة أيام من التوقف أو تقليل التعاطي ، وتصل الاعراض درجتها القصوى بعد يومين الى أربعة أيام .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من المواد المحدثه للهلاوس (Hallucinogen Organic Mental Disorders)

وهي اما أن تكون مشابهه التركيب لمادة (٥- هيدروكسي تريبتامين) مثل : (ال.اس.د.) (L.S.D.) والدى مشيل تريبتامين (D.M.T.) أو تكون مشابهة للكاتيكون أمين مثل المسكالين ، وتؤخذ هذه المواد عن طريق الفم .

١- هلاس المواد المحدثه للهلاوس (Hallucinogen Hallucinosi s)

ويعيزه تغيرات ادراكية وأعراض جسمانية وتأثيرات سلوكية مضطربة ، و يرجع ذلك الى تناول مادة محدثة للهلاوس .

والتغيرات الإدراكية تشمل الاحساس الذاتى بحدة الإدراك أو اختلال
الانية أو اختلال البيئة المحيطة أو خطأ التأويل أو الهلاوس ، ويحدث هذا في
حالة من اليقظة وزيادة الانتباه للتفاصيل ، والخداعات قد تشمل تشوه صورة
الجسم لدى الشخص ، وعادة تكون الهلاوس بصرية .

والأعراض الجسمية تشمل اتساع حدقتى العينين وسرعة ضربات القلب
والعرق والاحساس بضربات القلب واهتزاز الرؤية والرعشة والرنح .

أما السلوك المضطرب فيكون في صورة قلق أو اكتئاب وأفكار اضطهادية
واضطراب الحكم على الأمور مما يسبب اختلال أداء الشخص الاجتماعى
والوظيفى . وأحيانا يصاحب ذلك اقتناع أن الشخص قد فقد عقله .

يحدث الاضطراب خلال ساعة من ابتلاع مادة الـ (L.S.D) التى غالبا
ما تستعمل ، و يظل لمدة ست ساعات ، ونادرا ما يؤذى الشخص نفسه أو غيره
خلالها .

٢ - الاضطراب الضلالى الناتج من محدثات الهلاوس (Hallucingen Delusional Disorder)

وهو اضطراب عقلى عضوى ضلالى يظل بعد فترة التأثير المباشرة للمادة
المهلوسة أى بعد أربعة وعشرين ساعة من التعاطى ، حيث توجد كل التغيرات
الإدراكية فى الاضطراب السابق بالإضافة الى ضلال بأن التغيرات الإدراكية
والافكار المصاحبة لها حقيقة وواقعية .

وقد يكون هذا الاضطراب عابرا ، أو يظل لفترة طويلة حيث يصعب تمييزه
من النوبات الذهانية الحادة مثل الاضطراب الفصامى الشكل أو الاضطراب
البارانوى الحاد .

٣ - اضطراب الوجدان الناتج من المواد المحدثه للهلاوس (Hallucingen Affective Disorder)

وهو اضطراب الوجدان العضوى الذى يستمر بعد فترة التأثير المباشر للمادة
المهلوسة ، أى بعد أربعة وعشرين ساعة من التوقف عن تعاطى المادة المهلوسة ..

حيث ينتج القلق أو الاكتئاب ونادرا الانسجام (السرور) ، و يصاحب الاكتئاب النيل من الذات أو الاحساس بالذنب مع الخوف والتوتر وعدم الراحة الجسمانية وصعوبة النوم ، مع أفكار فحواها أنه أصبح مجنوناً وأنه لن يعود الى السواء مرة أخرى .. وفي حالة الانسجام يصبح لديه أفكار العظمة والتشتت وزيادة النشاط .

وقد يكون الاضطراب عابراً ، أو يطول حيث يصعب تمييزه من اضطراب الوجدان .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من القنب

(Cannabis Organic Mental Disorders)

و يستخدم منها الماريجوانا والحشيش ، عن طريق تدخينها أو تناولها عن طريق الفم أو بعد خلطها مع الطعام .

١ - انسام القنب

(Cannabis Intoxication)

وهو يحدث أعراضاً نفسية أو جسمانية أو سلوكاً مضطرباً اجتماعياً بعد تعاطيه .

والاعراض النفسية تشمل السرور وزيادة حدة الادراك والاحساس ببطء الزمن (حيث تصبح الخمس دقائق كأنها ساعة) والانشغال المسبق بمثيرات سمعية أو بصرية واللامبالاة . وقد يعبر الشخص عن سروره في احساسه بالسعادة والاسترخاء .

والاعراض الجسمانية هي زيادة ضربات القلب (وتصبح غير بارزة في حالات المزمين) ، واحتقان الملتحمة وزيادة الشهية للطعام .

أما السلوكيات المضطربة فتشمل الأفكار الاضهادية ونوبات القلق الحادة ، وقد يعتقد الفرد أنه يحتضر أو أنه سوف يصبح مجنوناً ، واضطراب الحكم على

الامور بما يؤثر على أدائه الوظيفي والاجتماعي . و يصاحب ذلك اختلال الاءنية واختلال البيئة (Depersonalization and derealization)

و ينذر حدوث الهلاوس (خاصة عندما يكون ضغط الدم مرتفعا بدرجة كبيرة حيث يصبح القنب محدثا للهلاوس) .

وسرعان ما يحدث الانسمام خلال نصف ساعة من تدخين الماريجوانا و يستمر ثلاث ساعات ، أما تعاطى القنب عن طريق الفم فهو بطيء الامتصاص و يصل الى أعلى معدل له فى الدم بعد وقت طويل .

٢ - الاضطراب الضلالى للقنب

(Cannabis Delusional Disorder)

حيث توجد ضلالات اضطهادية تتبع تعاطى القنب مباشرة أو أثناء الانسمام بالقنب . وعادة هذا الاضطراب لا يتجاوز فترة الانسمام (أى ساعات قليلة) . و يصاحبه قلق ملحوظ ، وتقلب انفعالى واختلال الاءنية ونسيان النوبة ، بالاضافة الى أعراض الانسمام السابقة .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن التبغ

(Tobacco Organic Mental Disorder)

١ - الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطى التبغ

(Tobacco Withdrawal) .

والاضطراب يتسبب عن الامتناع أو تقليل تعاطى التبغ ، حيث الرغبة الملحة للتبغ وسرعة الاستشارة والقلق وصعوبة التركيز وعدم الاستقرار والصداع والدوخة ، واضطرابات المعدة والأمعاء ، ويرجع ذلك الى نقص النيكوتين بصفة خاصة .

وهذا الاضطراب يحدث مع المدخنين الشرهين للسجائر ، حيث يضطرب الوجدان بعد ساعتين من آخر سيجارة ، وتظهر الرغبة للتدخين قمتهها خلال أربعة وعشرين ساعة ، وتتناقض الرغبة تدريجيا على مدى أيام أو أسابيع .

و يصاحبها الايقاع البطيء في رسم الدماغ الكهربائي ، وزيادة انقباض عضلات المضغ ، نقص معدل ضربات القلب وانخفاض ضغط الدم ، واكتساب الوزن ، بالإضافة الى الخلل في انجاز المهام التي تحتاج الى يقظة .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من الكافيين

(Caffeine Organic Mental Disorders)

والكافيين يتم تعاطيه في شكل القهوة والشاي والكولا والشيكولاته

١ - انسسام الكافيين

(Caffeine Intoxication)

حيث يتسبب عن تعاطي الكافيين عدم الاستقرار والنرفزة والأرق واحمرار الوجه وكثرة التبول واضطرابات المعدة والأمعاء ، و يظهر ذلك لدى بعض الأفراد بعد تعاطي ٢٥٠ مجم يوميا ، بينما يحتاج الآخرون إلى جرعات أخرى .. وعندما يصل التعاطي إلى أكثر من ١ جرام في اليوم يحدث اختلاج في العضلات وزيادة الحركة واضطراب إيقاع القلب ، واضطرابات الاحساس مثل طنين الأذنين ، وعند زيادة الجرعة عن ١٠ جم من الكافيين تحدث نوبات صرعية عظمى وتوقف التنفس الذي يؤدي إلى الوفاة^(١) .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من تعاطي مواد أخرى أو غير محددة

(Other substance induced organic mental dis)

إذا كان لا يمكن تصنيف المادة ضمن أي من المجموعات السابقة ، مثل الاضطراب الضلالي الناتج من الليفودوبا (Levo—dopa delusional disorder) أو هذيان مضادات الأستيل كولين .

(١) يحتوى كوب القهوة كافين يتراوح بين مائة ومائة وخمسون مليجرام ، وكوب الشاي نصف ذلك ، وكوب الكولا ثلث ذلك .

أو كانت هذه المادة غير معروفة .. و ينشأ عن هذه المجموعة أى من الزملات العقلية العضوية السالفة (الانسمام ، التوقف عن التعاطى ، الهذيان ، الخرف ، النساوة الضلالية ، الهلاوس ، اضطراب الوجدان ، اضطراب الشخصية ، أو غير المطابق للأنواع السابقة) .

اضطرابات الادمان لمادة ذات مفعول نفسى

(psychoactive Substance use Disorders)

يعتبر تعاطى المواد المجددة للنشاط مثل القهوة أو الشاي أو الكحول (فى المجتمعات الغربية) أمرا عاديا ، كما أن بعض المواد تستخدم طبيا بهدف تخفيف الألم أو تقليل التوتر أو تقليل الشهية للطعام .. ولكن استعمال بعض المواد قد يؤدي إلى تغيرات سلوكية تؤثر على تكيف الفرد وتؤدي إلى فشله فى أداء دوره الاجتماعى والوظيفى ، وعدم قدرته فى الامتناع عن هذه المادة أو التحكم فى تعاطيها وظهور أعراض انسحاب المادة فى حالة الامتناع تماما أو التقليل .

وهكذا نلاحظ أن مجموعة اضطرابات الادمان لمادة ذات مفعول نفسى التى نحن بصددھا تتعامل الأعراض والتغيرات السلوكية غير المتكيفة المرتبطة بالتعاطى المنتظم لهذه المواد ، بينما الاضطرابات العقلية الناتجة عن مواد ذات مفعول نفسى فتصف التأثيرات المباشرة حادة أو مزمنة لهذه المواد على الجهاز العصبى .. والمدمنون كثيرا ما يحدث لهم اضطرابات عقلية ناتجة من المواد التى يدمنونها مثل اضطراب الانسمام أو اضطراب انسحاب المادة .

وتعاطى مادة ذات مفعول نفسى ينتج عنه الاعتماد على المادة (Dependence) أو سوء التعاطى (الاسراف فى تعاطيها) (abuse) . وسوف ن فصلها فيما يلى :-

١ - اضطراب الاعتماد على مادة ذات مفعول نفسى

(psychoactive substance Dependence)

و يتميز هذا الاضطراب بتجمع أعراض معرفية وسلوكية وفسولوجية تشير إلى أن الشخص قد اختل تحكمه فى تعاطى المادة واستمر فى تعاطيها رغم نتائجها

السيئة وأعراض هذه اللزمة تشمل الأعراض الفسيولوجية ولكنها ليست محصورة في الإطاقة (التحمل) (Tolerance) و (والانسحاب) (Withdrawal) ، كما كانت توصف قبل ذلك في الدليل الاحصائي التشخيص الثالث (١٩٨٠) ، فبعض الناس قد يوجد لديهم إطاقة فسيولوجية وأعراض انسحاب وليس لديهم مواصفات لزمة الاعتماد المحددة هنا ، فعلى سبيل المثال مرضى الجراحة يحدث لهم إطاقة للمورفين ويخبرون أعراضا انسحابية دون اظهار أى علامات خلل شديد فى التحكم فى تعاطى المادة ، وهناك مواد مثل القنب ليس لها علامات فسيولوجية واضحة للإطاقة أو الانسحاب .

ولتشخيص لزمة الاعتماد يلزم على الأقل ثلاثة أعراض من تسعة أعراض مميزة ، و يلزم أن تظل بعض الأعراض مدة شهر على الأقل ، أو تحدث متكررة على مدى فترة طويلة من الزمن وهذه الأعراض هى :-

١ - ان يجد الشخص نفسه يتعاطى فعلا المادة ذات المفعول النفسى بكميات كبيرة ، أو على فترة أطول مما ينوى أصلا ، مثل من يقرر تعاطى كأس واحدة من مشروب كحولى ، ولكنه بعد تعاطيها ينحدر لمواصلة الشرب حتى الثمالة (الانسمام) .

٢ - يعى الشخص أن تعاطيه للمادة فيه اسراف و يبذل محاولات لتقليل الكمية أو التحكم فى التعاطى ولكنه لا يستطيع طالما أن المادة متوفرة ، وقد يريد ولكنه لا يبذل محاولات .

٣ - يجهد نفسه فى الحصول على المادة (حتى لو اضطر للسرقة) ، فى الحالات الخفيفة يقضى الشخص عدة ساعات يوميا يتعاطى المادة ، ولكنه يستطيع الاندماج فى أنشطة أخرى ، أما فى الحالات الشديدة فكل الأنشطة اليومية للشخص تدور حول الحصول على المادة واستعمالها والتخفيف من أثارها .

٤ - قد يعانى الشخص أعراض الثمالة (الانسمام) أو الانسحاب فى وقت عليه فيه دور (عمل) يجب أن يؤديه ، مثل الثمالة أثناء قيادة سيارته أو أثناء عمله .

٥ - التوقف عن الأنشطة الترفيهية والاجتماعية بسبب تعاطى المادة ، سواء كان التعاطى فى زمرة من رفاقه أو بمفرده .

٦ - تنشأ مشاكل عن طول التعاطى (اجتماعية ونفسية وجسمية) وتتفاقم بسبب استمرار التعاطى ، ورغم أنه يعرف ذلك إلا أنه لا يتوقف .

٧ - يضطر لزيادة الجرعة للحصول على التأثير المطلوب (أى نقص تأثير المادة مع استمرار التعاطى) (Tolerance) .

٨ - ظهور أعراض لانسحاب عندما يتوقف عن التعاطى أو يقلل من الكمية ، وهذه الأعراض حسب المادة المستخدمة .

٩ - ولتخفيف أعراض الانسحاب هذه يتعاطى الشخص المادة التى يدمنها .

٢ - الاسراف فى تعاطى مادة ذات مفعول نفسى

(Psychoactive substance abuse)

الاسراف فى تعاطى مادة هو مجموعة متبقية من الأنماط غير التكيفية للمادة ذات المفعول النفسى التى لا تتفق مع مواصفات الاعتماد على المادة ، والمقصود بالأنماط غير التكيفية من التعاطى هى :-

إما (١) التعاطى المستمر للمادة برغم معرفته حدوث مشاكل متكررة وثابته اجتماعية أو نفسية أو جسمانية أو وظيفية تتسبب أو تتفاقم بتعاطى المادة .

أو (٢) تكرار التعاطى للمادة عندما يحمل التعاطى خطورة جسمانية (مثل قيادة السيارة وهو ثمل) ..

يشترط لتشخيصه أن تظل الأعراض مدة شهر على الأقل أو تتكرر على مدى زمنى طويل .. والمواد ذات المفعول النفسى التى تحدث اسرافا فى تعاطيها هى -

٢ - الأمفيتامين وما يشبهه من محاكيات الودى

١ - الكحول

- ٣- القنب
- ٤- الكوكايين .
- ٥- محدثات الهلاوس
- ٦- المستنشقات .
- ٧- الأفيون ومشتقاته .
- ٨- عقار ال ب . سي . ب
- ٩- المهدئات والمنومات ومضادات القلق
- ١٠- اما النيكوتين فيحدث فيه الاعتماد وليس سوء التعاطى

الأعراض المصاحبة للادمان :-

١- طريق التعاطى : الذى يعتبر عاملا هاما فى تحديد أن التعاطى سوف يؤدى إلى الاعتماد أو الاسراف ، فالطرق التى تعطى تأثيرا أسرع وأقوى فى الوصول إلى المستقبلات العصبية تزيد من خطورة حدوث الاعتماد ، كما أن طرق التعاطى التى تدخل كميات كبيرة من المادة إلى المخ ترتبط بمستويات عالية من استهلاك المادة مع تزايد التأثيرات السامة لها ، مثل مستخدم الامفيتامين وريديا الذى يحدث ميلا لاستهلاك كميات كبيرة منه مع حدوث اضطراب عقلى عضوى ناشئ عن تعاطى المادة أكثر من الشخص الذى يتعاطى المادة عن طريق الفم أو الاستنشاق .

٢- مدة تأثير المادة : تعد متغيرا هاما أيضا فى أن استخدام المادة سوف يؤدى إلى الاعتماد أو الاسراف فى التعاطى فى فترات اللهو، وبصفة عامة تعتبر المواد قصيرة المفعول (مثل الامفيتامين والكوكايين وبعض مضادات القلق) أكثر استخداما من المواد ذات المفعول المشابه ولكن أطول تأثيرا (Long acting) ، ولذا فالمواد قصيرة المفعول (Short-acting) تتميز بالاعتماد وسوء التعاطى .

- ٣- حدوث نوبات متكررة من الشمالة (الانسحاب) .
- ٤- اضطراب الشخصية والوجدان فى أغلب الحالات .
- ٥- المدمنون المزمنون يكثر لديهم تقلب الوجدان والشك وكلاهما يجلب السلوك العنيف .

البداية والمسار والمضاعفات :-

عادة يبدأ الادمان (الاعتماد أو الاسراف فى التعاطى) فى أواخر العقد

الثانى من العمر أو العشرينيات أو الثلاثينيات وأحيانا الأربعينيات ، وعندما يبدأ التعاطى فى المراهقة فإنه غالبا يرتبط باضطراب السلوك والفشل الدراسى .

و يرتبط الادمان بإحداث لزمات عقلية عضوية (التي سبق وصفها) ، وهناك مضاعفات ترتبط بالثمالة (الانسمام) مثل حوادث المرور والاصابات الجسمانية وارتكاب الحماقات والوقوع تحت طائلة القانون ، بالإضافة إلى تدهور الصحة العامة للشخص وظهور الأمراض الجسمانية بسبب نقص التغذية والنظافة ، كما أن استخدام حقن ملوثة يسبب التهاب الكبد أو التيتانوس والتهاب الأوردة والتسمم البكتيرى المصحوب بارتفاع درجة الحرارة (الحمى) ، كما تنقل الحقن الملوثة مرض الايدز (AIDS) .

تعاطى الكوكايين قد ينتج عنه موتا مفاجئا من اختلال إيقاع القلب أو احتشاء عضلة القلب أو صدمة وعائية (Shock) أو توقف التنفس . وتشيع الأعراض الاكتئابية لدى المدمنين وهى جزئيا مسئولة عن حدوث الانتحار لهم .

والاعتماد الطويل على مواد معينة ذات مفعول نفسى (خاصة القنب ومعدنات الهلاوس وعقار ال ب . سى . ب) يرتبط غالبا بنقص السلوكيات الهادفة (مثل الذهاب للعمل) حتى مع عدم تعاطى المادة لفترة طويلة ، ويصاحب باكتئاب وقلق وسرعة استثارة وصعوبة التركيز ، وهذه الأعراض تصف لزمة انعدام الدافعية (Amotivational Synd.) وليس واضحا ما إذا كانت هذه اللزمة نتيجة مباشرة للتأثير المزمن للمواد ذات المفعول النفسى أو أنه يعبر عن سيكوباثولوجى موجود مسبقا .. ويسير الادمان فى مسار متماوج (فترات من الهوادة تعقبها فترات من الاشتداد) .

التشخيص الفارق :-

١ - التعاطى غير المرضى لمادة ذات مفعول نفسى لتجديد النشاط أو لاغراض طبية .

٢ - نوبات متكررة من الثمالة بمادة منشطة نفسيا .

انتشار الادمان :-

لقد زادت المواد المخدرة وتنوعت فمنها الخام والمشتق والمخلق ، وكثرت المواد ذات التأثير القوى السريع المفعول والتي تقل كمية جرعاتها ، فيسهل تهريبها لصغر حجمها ، فزاد تبعا لذلك انتشار المخدرات ، وخاصة بين صغار السن من المراهقين والشباب .. وانتشار المخدرات يستوى فيه جميع فئات الشعوب ، حيث ينتشر بين الأميين والمتعلمين وبين الفقراء والأغنياء ، ولكن لا توجد أرقام دقيقة تشير إلى معدلات انتشار الادمان ، وذلك لموقف القانون والمجتمع من المدمنين مما يجعلهم يمارسون ادمانهم في الخفاء ، ولكن هناك احصائيات مبنية على التقدير الجزافي لكميات المواد المخدرة المستهلكة في العالم ، فهناك مثلا إحصائيات تشير إلى أن مدمنوا الافيون ومشتقاته يجاوزون الأربعمائة مليون في العالم ، ومدمنوا الحشيش أكثر من ثلاثمائة مليون ، أما المواد الأخرى فلا يعرف حجم انتشار ادمانها .. ولا شك أن هناك أسباب عديدة لانتشار الادمان على هذا النحو الخطير سوف نناقشها فيما يلي .

أسباب الادمان :-

اولا : العوامل البيولوجية :-

١ - الوراثة : لوحظ أن الادمان يزيد في عائلات معينة ، حيث أن مدمن الكحول (على سبيل المثال) يزيد الادمان بين أطفاله إلى أربعة أمثاله لدى أطفال الأباء غير المدمنين .. كما لوحظ أن التوائم المماثلة يزيد الادمان لديها إلى ضعف عنه بين التوائم غير المتماثلة .

٢ - وجود الآم جسمانية مزمنة مثل الام المفاصل والآلام السرطانية الناتجة عن ورم سرطاني

٣ - ادمان الأم أثناء الحمل يجعل الطفل يولد ولديه اعتماد فسيولوجي .

ثانيا : العوامل النفسية :-

١ - وجود مرض نفسي مثل القلق والاكتئاب ومحاولة الشخص علاج نفسه بعيدا عن الذهاب لطبيب نفسي حتى لا يقال عنه أنه مجنون .

٢ — ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية التي ترتبط بالميل الفمية .

٣ — سيطرة (الهو) ومبدأ اللذة وضعف الأنا الأعلى .

٤ — العناد والرغبة في المقامرة المدمرة لوجود عدوان موجه ضد الذات .

٥ — الاحباط وغياب الهدف واشتداد المعاناة في أزمة الهوية التي يبحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه .

٦ — القابلية للاستهواء بواسطة رفاق السوء .

٧ — وجود أفكار خاطئة مثل زيادة الطاقة الجنسية بواسطة المخدرات ،
والعكس هو الصحيح حيث أنها تقللها عن طريق تقليل هرمون الذكورة (التستوستيرون)

ثالثا : العوامل الاجتماعية :—

١ — اضطراب الأسرة وعدم استقرارها أو وجود غربة بين أفرادها أو سيطرة الأب الباعثة على التمرد ، أو ادمان أحد الوالدين ، بالإضافة إلى الطلاق أو الانفصال بين الوالدين أو غياب أحد الوالدين بالعمل المتواصل أو بالهجرة ، وتفكك الروابط الأسرية التي فرضتها قيم المدنية بخروج المرأة للعمل وتقلص دور الأم في حياتها ، وادخال أجهزة (مثل التلفاز) قللت من الحوار بين أفراد الأسرة الواحدة .

٢ — تخطيط المجتمع وعدم وضوح الرؤية ، وغياب هدف قومي عام ، وغياب القدوة .

٣ — نقص مشاركة الشباب وعدم وجود دور واضح لهم في المجتمع والمنظمات السياسية .

٤ — الاحباط الجماعي الذي يعيشه الشباب بغياب الحلم بفرصة عمل حقيقية ، لبطالة مقنعة ينتظرها في طابور ممل للقوى العاملة ، وقروش قليلة لقاء ذلك لاتسمن ولا تغنى من جوع .

٥ — سؤ العملية التعليمية التي تركز على حشو الرأس وقهر الطفل وجعله في موقف المتلقى السلبي ، وهو الأمر الذي ينمى اعتماديته والقابلية للاستهواء ، وجعله يقبل ما يعرض عليه دون نقاش أو تفكير .

٦- ضعف القيم الروحية وفصل الروح عن المادة والاهتمام بالمادة على حساب الروح ، وتشجيع الاستهلاك على حساب الفكر والعمل .

٧- اختلال القيم المتعلقة بالثقافة والعمل والكسب ، وانقلاب الهرم الاجتماعى الذى اعقب الانفتاح ، والرغبة فى الاثراء السريع بمختلف الأساليب من غش ونصب وتحايل على القوانين .

٨- انتشار المخدرات وتيسر الحصول عليها بواسطة مافيا المخدرات أو شركات الأدوية .

٩- التناقض الذى يقع فيه المجتمع بإباحة تداول الخمر التى حرمها الله فى القرآن صراحة والتشديد على المواد المخدرة الأخرى والتى حرمت قياسا على الخمر، ولعل هذا كان من أهم خطط المستعمر أن يروج لسلعته التى يصنعها ويحارب ما تنبته حقول دول أسيا وغيرها ، ومازال ساريا حتى بعد جلاء المستعمر لأنه ما زال يستعمرنا فكريا .

علاج الادمان :-

أولا : الوقاية :- تعد الوقاية هى الطريق الأمثل لعلاج الادمان ، وتحقيق الوقاية بتلافي الأسباب المؤدية إلى الادمان التى سبق ذكرها ، بالإضافة إلى التوعية بأخطار المخدر النفسية والعصبية والاجتماعية والأسرية والمادية ، تلك المعرفة التى تهدف لجعل الشخص يفكر قبل الاقتراب من الادمان ، ولكن قد يعرف الشخص ومع ذلك يهوى فى دوامة الادمان ، وهذا يشير إلى أهمية الاعتقاد الداخلى (الامتناع) على مستوى الوجدان ، الذى يتمثل فى الإيمان بشيء ما ويجعل الشخص ملتزما من داخله بسلوكيات معينة من الايمان أو الاجتناب ، ومن هنا تأتى أهمية القيم الدينية التى تسهم فى تكوين السلطة الداخلية ، ويساعد ذلك بعدم التناقضات .. ثم يأتى دور القانون والشرطة عند مرحلة التصرف (السلوك) ، فيسن ما يردع التجار ويضيق نطاق الترويج ما أمكن ، وما يحتيف المدمن من الاقتراب ، ويوفر المجتمع سبل ممارسة السلوكيات البديلة والمفيدة والمحقة لطموحات الشباب وتطلعاته نحو مستقبل أفضل .

ثانيا : علاج المدمن :-

أ- علاج الأعراض الناجمة عن الامتناع عن المادة (detoxification) و يتم بواسطة مايلي :-

(١) التنويم والتخدير طويل المدى باستعمال الكلوربرومازين (Chlorpromazine) والتنقيط الوريدي لعقار الاميتريبتلين (التريبتوزول) (Tryptizol I. V. infusion) لمدة أسبوع .

(٢) ٤٠ - ٦٠ وحدة انسولين يوميا صباحا حتى يبدأ المريض في الشعور بالعرق وتزايد سرعة النبض فيعطى السكريات ، وهذا يحسن وزن المريض ونفسيته تبعا لذلك .

(٣) أحيانا يلزم إحداث نوبات تشنجية بواسطة انكهرباء لتخفيف أعراض الاكتئاب الموجودة .

(٤) في حالة إدمان العقاقير المطمئنة الصغرى مثل المبروباميت ومجموعة البنزوديازبين يجب أن يكون التوقف تدريجيا حتى لا يتعرض المريض لنوبات تشنجية .. أما في حالة المنبهات والكوكايين والحشيش فلا يلزم ذلك لأن الأعراض الجانبية محدودة ومدتها قصيرة .. أما في حالات الهروين فيستعمل الميثادون بجرعات متناقصة .

(٥) العلاج النفسي : الفردي والجماعي والأسرى .. وأحيانا يستخدم العلاج النفسي المنفر خاصة في حالات ادمان الكحول بواسطة عقار ال (الانتابيزوز) (Antabuse) الذي يتداخل مع عمليات التمثيل الأيضي للكحول فيعطى أعراضا ناتجة عن التسمم بمادة الاسيتالدهيد عندما يتعاطى الكحول فينفر منه المدمن و يتوقف الادمان .

ب- علاج الأسباب التي دفعت الشخص للادمان علاجا نفسيا واجتماعيا وتقوية ذاته في مواجهة نزعة العودة الى الادمان مرة ثانية .

الفصل الثانى

مقدمة :-

فتاه فى التاسعة عشرة من عمرها طالبة جامعية ، بدأت تنعزل عن الناس من ثمانية شهور ، وتوقفت عن الذهاب للجامعة ، وأهملت فى نظافتها ، وأصبحت متبلدة العواطف ، وتعتقد أن الناس يلمحون اليها بإشارات يقصدونها وتسمع اصواتا تتهمها بأنها سيئة السمعة ، وفى فترة اشتداد الاعراض كانت لاتنام ولاتأكل ودائمة الحركة فى البيت ، وبفحصها لوحظ عدم اتساق تفكيرها وعدم ترابطه مع وجود ضلالات الاشارة وهلاوس سمعية ، واختلال حكمها على الأمور وعدم استبصارها وتفكك شخصيتها مع تبلد وجدانى .

هذا مثال لحالة اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟ ماهى هذه الأهداف ؟ .

اضطرابات الفصام

(Schizophrenic Disorders)

يعرف الفصام بأنه مجموعة من الاضطرابات تختلف من حيث العوامل السببية والاستجابة للعلاج ومصير المرض ، وتتفق في أنها لزمة مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن اضطراب التفكير والادراك والوجدان والسلوك ، وهذه الأعراض تصل إلى درجة الذهان في بعض الأوقات خلال مسار المرض .. أو هو اضطراب عديد من وظائف الأنا ينتج عنه عدم قدرة المريض أن يميز بدقة وثبات بين الواقع الداخلى والخارجى مع فشله في المحافظة على اتصاله بالعالم الخارجى . ولقد بذلت محاولات عديدة لتحديد مفهوم الفصام نذكر منها :-

١ - محاولة (كريبلين) (Kraepelin) : الذى أكد مفهوم التدهور العقلى المصاحب للمرض مما دعاه إلى تسميته بالخرف المبكر (Dementia precox) ، وقرر أن ملامحه الاكلينيكية هى السلبية والانسحاب وأسلوبية الحركة وفقد الارادة والانتباه ، وضعف الحكم على الأمور ، والتناقض بين الوجدان والتفاعل العام واضطراب التفكير وعدم التمييز بين الواقع والخيال ، وأنه ليس ناتجا عن تسمم أو هستيريا أو صرع أو هذيان أو ذهان الهوس والاكتئاب .

٢ - محاولة (بلولر) (Bleuler) : الذى لم يرى أن التدهور أحد السمات الهامة فى مرض الفصام ، وقسم الأعراض المرضية فى الفصام إلى أعراض أساسية (جوهرية) وهى اضطراب التفكير المتميز بتفكك الروابط واضطراب الوجدان والذاتوية (autism) وثنائية المشاعر (ambivalence) ، وأعراض مصاحبة وهى الهلاوس والضلالات .. وبلولر هو أول من أسماه بمرض الفصام (Schizophrenia) ، ومعناها الانقسام العقلى ، وهذا المعنى يختلط لدى عامة الناس مع ازدواج الشخصية الذى يطلق عليه حاليا اضطراب تعدد الشخصية .

٣ - محاولة (شنيدر) (Schneider) : الذى وصف عددا من الأعراض أسماها أعراض الدرجة الأولى (First Rank Symptoms) ذات الأهمية فى تشخيص الفصام ، وتشمل : سماع المريض لأفكاره بصوت مرتفع ، وهلاوس سمعية تعلق على سلوك المريض ، وضلالات التأثير جسمانيا بواسطة قوى خارجية ، وأن هناك

قوى خارجية تتحكم في تفكيره وتنشره على الناس ، وضلالات الخضوع لسيطرة قوى خارجية تتحكم في تصرفاته .

وما زالت المحاولات مستمرة في صورة التصنيف الحديثة للأمراض النفسية ، وكان آخرها التصنيف التشخيصي الاحصائي الثالث المراجع (DSMIII—R) (١٩٨٧) ، الذي استبعد تشخيص مرض الفصام دون أعراض ذهانية ، كما كان يحدث في حالات الفصام الكامن أو الحدى (Borderline) أو البسيط ، وأصبح يشخصها على أنها اضطرابات شخصية ، كما وضع لاضطراب الفصام دلالات محددة يشخص بها اكلينيكيًا ، وسوف نورد فيما يلي وصفا مفصلا للصورة الاكلينيكية للفصام ثم نتبعها بدلالات التشخيص حسب التصنيف ..

الصورة الاكلينيكية للفصام

للصورة الاكلينيكية للفصام مميزات عامة هي :-

- ١ - وجود أعراض ذهانية خلال المرحلة النشطة للمرض .
- ٢ - تشمل الأعراض الميزة العديد من الوظائف النفسية المضطربة .
- ٣ - نقص الاداء الوظيفي عن ذى قبل (وفي حالة الأطفال والمراهقين يكون نقص المتوقع من الانجاز الدراسي والاجتماعي) .
- ٤ - المدة لا تقل عن ستة شهور وقد تشمل أعراضا مبهدة أو أعراضا متبقية .
- ٥ - في بعض مراحل المرض يجب أن يشمل الفصام ضلالات أو هلاوس أو اضطرابات محددة ومميزة في شكل التفكير والوجدان .
- ٦ - ولا تعزى بداية الاضطرابات واستمراره لسبب عضوي ، وليست الأعراض ناشئة عن اضطراب الوجدان أو الفصام الوجداني .

وقبل أن نستعرض تفاصيل الصورة الاكلينيكية علينا أن نأخذ في الاعتبار ثلاثة أشياء :-

١- لا يوجد عرض مرضى واحد (أو علامة مرضية واحدة) نشخص به الفصام ، فكل أعراض الفصام يمكن رؤية بعضها في عدد من الاضطرابات العصبية والنفسية ،

٢- تتغير أعراض المريض الواحد من وقت لآخر .

٣- لا بد أن نأخذ في الاعتبار مستوى المريض التعليمي وذكاءه وثقافته البيئية ، فمثلا عدم قدرة المريض على التجريد قد يعكس تعليمه وذكاءه ، كما أن بعض المعتقدات الغربية قد تعكس نمطا من الثقافة البيئية أو الدينية .

— نقص الأداء الوظيفي عن ذى قبل : حيث يتدهور انجاز الشخص على مستوى العمل والعلاقات الاجتماعية واهتمامه بنفسه ، و يلاحظ هذا التغير بواسطة الأهل والاصدقاء واذا بدأ الاضطراب في الطفولة أو المراهقة يحدث فشل في الوصول إلى الانجاز الاجتماعى المتوقع له ، ومن ثم فإن العرض الواحد مثل الضلال المتحوصل دون أن يصاحبه نقص في الوظيفة الاجتماعية أو العمل لا يشخص فصام ، حيث يجب أن يشمل الفصام اعاقة (اضطراب) في عديد من الوظائف النفسية .

— الاعراض المرضية المميزة لاضطراب العديد من الوظائف النفسية :—

١ — اضطراب التفكير الذى يبرز خاصة في صورة اضطراب محتوى التفكير والقوة المتحركة في التفكير وشكل التفكير .

(أ) اضطراب محتوى التفكير ويشمل الضلالات التى قد تكون متعددة أو مفرطة في الغرابة ، وقد تكون ضلالات اضطهادية (كمن يعتقد أن هناك من يتجسسون عليه أو يخططون لإيذائه بدس السم له أو تشويه سمعته) ، أو ضلالات الإشارة (كمن يعتقد أن الناس تلمح عليه أو تسخر منه بالقول أو الإشارة) ، أو ضلالات أخرى مثل العدمية أو العظمة ، أو ضلالات الاعتقاد بأن قوة خارجية تحكم أفعاله وتصرفاته (delusions of being controlled)

(ب) اضطراب القوة المتحركة في التفكير: حيث يتوهم أن هناك من يسحب أفكاره من رأسه (شخص أوقوة معلومة أو خفية) ، أو يتوهم أن أفكاراً

توضع في رأسه ليست خاصة به ، وذلك دون ارادة منه أو أن أفكاره تذاغ على الناس في وسائل الاعلام (الصحافة والاذاعة والتلفزيون) .

(ج) اضطراب شكل التفكير: ومن أكثر أشكاله شيوعا فقدان روابط التفكير (بين الافكار وبعضها) ، حيث ينتقل المريض من موضوع إلى موضوع آخر مختلف تماما ، أو أن العلاقة بين الموضوعين عارضة ، دون وعى الشخص بذلك ، وعندما يزداد فقدان الروابط يأخذ التفكير شكل عدم الاتساق ، وقد يوجد فقد في محتوى الكلام ، حيث يكون مناسبا في الكمية ولكنه يتضمن القليل من المعلومات لغموضه ، أو لأنه مجرد أكثر من اللازم أو عياني أكثر من اللازم ، أو يتصف بال تكرارية أو الاسلوبية ، وقد يوجد انسداد في مسار التفكير ولكنه أقل شيوعا ، أو يتكلم بلغة جديدة .

٢ - اضطراب الادراك : في شكل هلاوس متنوعة ، ولكن أكثرها شيوعا الهلاوس السمعية ، هذه الاصوات قد تكون مألوفة لديه ، وغالبا تكون ألفاظها مهيمنة له ، وقد يكون الصوت لشخص واحد أو لعدد من الأشخاص ، وقد يكون الكلام موجها إليها بصورة مباشرة أو غير مباشرة (مثل وصف سلوكه الذي يؤديه) .

وقد تكون الهلاوس حسية (لمسية) في صورة تمثيل أو احساس كبريائي ، أو تكون هلاوس حشوية (Somatic hallucination) مثل الأحساس بحركة ثعابين داخل البطن ، ونادرا ما تكون هلاوس بصرية أو تذوقية أو شمعية .. وجود الهلاوس البصرية والتذوقية والشمية في حالة غياب الهلاوس السمعية يلفت الانتباه إلى وجود اضطراب عقلي عضوى .

وهناك اضطرابات ادراكية اخرى تشمل احساسات التغير الجسماني والحساسية الشديدة للأصوات والرؤى والروائح .

٣ - اضطراب الوجدان : ويشمل غالبا فقدان الشعور (apathy) أو تناقض الوجدان أو عدم التمايز (indifference) الوجداني ..

٤ - الاحساس بالنفس : الذى يعطى الانسان السوى الاحساس بالتفرد واتجاه النفس الخاص ، وحيانا يسمى ذلك بتلاشى حدود الأنا (Loss of ego—boundaries) و يظهر ذلك في صورة ارتباك هوية الشخص ومعنى

وجوده في السحياه ، أو بعض الضلالات خاصة التي تحتوى التحكم بواسطة قوى خارجية .

٥ - الارادة : حيث تضطرب قدرة الشخص على المبادرة بأنشطة هادفة وموجهة وقد يعوق ذلك أدائه لعمله ، فيصبح غير مهتم بعمله ، أو تصبح لديه ثنائية الارادة التي تؤدي الى توقف نشاطه الهادف الموجه ذاتيا .

٦ - العلاقة بالعالم الخارجى : كثيرا ما ينسحب المريض عن العالم الخارجى ، و يصبح تفكيره غير واقعى ومنصب حول ذاته ، وعندما تزيد هذه الحالة تسمى « الذاتوية » (autism) (و يشكو أهله من أنه يعيش في عالم خاص به ومنسلخ عاطفيا عن كل ما حوله) .

٧ - السلوك : قد تقل حركته ونشاطه التلقائى وتفاعله مع البيئة من حوله ، وقد يزيد ذلك لدرجة يبدو فيها غير متيقظ للبيئة من حوله (كما في حالة الذهول الكتاتونى) ، وقد يتصلب في وضع معين و يرفض المحاولات لتغيير هذا الوضع (كما في حالة التصلب الكتاتونى) ، وقد يصبح السلوك غير محكوم وغير هادف (كما في حالة الهياج الكتاتونى) .

وقد يصاحب ذلك ملامح اكلينيكية أخرى مثل : فقر التفكير أو التفكير السحري أو السلوك المتكرر ، والقلق أو الاكتئاب أو الغضب ، أو اختلال الانية (Depersonalization) واختلال ادراك البيئة من حوله (Derealization) أو اضطرابات الذاكرة أو عدم ادراك البيئة . (Disorientation)

عادة يبدأ مرض الفصام في سن المراهقة أو بداية الحياة الراشدة وتشير الدراسات إلى أنه يصيب الرجال مبكرا عن الاناث . و يلزم لتشخيص مرض الفصام أن تستمر الصورة المرضية لمدة ستة شهور وتشتمل على المرحلة النشطة من الأعراض الذهانية ، وقد تشتمل على مرحلة منذرة (prodromal) أو مرحلة متبقية (residual) .

وتتميز المرحلة المنذرة (الممهدة) : بانهايار مستوى الأداء الوظيفى للشخص ، والانسحاب الاجتماعى وبعض السلوك الغريب ، وإهمال الشخص لنظافته ، وتبلده العاطفى وغرابة الأفكار ونقص المبادرة والاهتمامات و يلاحظ التغير بواسطة الأهل والأصدقاء ، و يتفاوت طول هذه المرحلة و يصعب تحديد بدايتها

بدقة . و يعتبر التنبؤ سيئا خاصة عندما تكون المرحلة المنذرة غامضة البداية والتدهور تدريجي على مدى سنوات عديدة .

تتميز المرحلة النشطة بالأعراض الذهانية : مثل الضلالات والهلاوس ، فقدان الروابط بين الأفكار وعدم اتساق الأفكار وفقر محتوى الكلام والتفكير غير الواقعي والسلوك المضطرب .

أما المرحلة المتبقية فعادة تتبع المرحلة النشطة من المرض وهي تشبه الى حد كبير المرحلة المنذرة إلا أن الجمود العاطفي واضطراب الأداء الوظيفي أكثر شيوعا فيها من المرحلة المنذرة .. وقد يظل فيها بعض الأعراض الذهانية مثل الضلالات أو الهلاوس ولكن دون تأثير قوى .

المسار والتنبؤ بمصير الفصام :-

يبدأ الفصام غالبا بأعراض ممهدة ، و يتبعها ظهور الأعراض الأكثر ظهورا وهي الذهانية (وهذه هي المرحلة النشطة) ، وذلك خلال أيام إذا كانت البداية حادة ، أو خلال شهور قليلة إذا كانت البداية متدرجة ، وقد تكون البداية مسبقة بعامل مرسب (مثل الانتقال من مكان لآخر للمعيشة أو الدراسة ، أو تعاطي عقار مخدر ، أو فقد أحد الأقارب بالوفاة ، أو مرض جسماني) .

والمسار التقليدي لمرض الفصام عبارة عن اشتدادات تتبادل مع فترات من الهوادة ، وأحيانا يلاحظ الاكتئاب بعد كل نوبة ، ويستمر التدهور في التزايد لعدة سنوات (خمس سنوات في المتوسط) ، ثم يقف التدهور وتقل شدة الأعراض الموجبة ، وتظل الأعراض السالبة (مثل الجمود العاطفي والعزلة الاجتماعية ونقص الأداء الوظيفي وضعف الإرادة) ، وهذا يجعل حياة المريض بلا هدف ويتكرر تنوعه بالمستشفيات .. أما أن يعود الشخص إلى سابق عهده من الأداء الوظيفي قبل المرض فذلك يندر حدوثه .

وطبقا لتصنيف الأمراض النفسية التشخيصي الاحصائي الثالث المراجع

(DSMIII-R) فإن المسار يقسم إلى :-

١ — أقل من مزمّن (Sub-chronic) :— ومدته أقل من سنتين (شاملا كل المراحل الممهدة والنشطة والمتبقية) .

٢ — مزمّن (chronic) :— ومدته أكثر من سنتين .

٣ — أقل من مزمّن مع اشتدادات حادة : حيث تعاوده الأعراض الذهانية من وقت لآخر في صورة حادة .

٤ — مزمّن مع اشتدادات .

٥ — في هدأة : عندما تختفى كل أعراض الاضطراب سواء كان ذلك تلقائيا أو بتأثير العلاج .

٦ — غير محدد .

وتوجد بعض العوامل التي تنبئ بمصير حسن لمرض الفصام منها:—

١ — عدم وجود اضطراب شخصية قبل المرض .

٢ — الانجاز الوظيفي المناسب في فترة ما قبل المرض .

٣ — وجود عوامل مرسبة للمرض .

٤ — البداية المفاجئة للمرض .

٥ — البداية في منتصف العمر (البداية المتأخرة للمرض) .

٦ — وجود أعراض وجدانية (خاصة التي تمت للاكتئاب) .

٧ — وجود أعراض كتاتونية وبارانوية .

٨ — عدم استمرار مسار المرض (تراجع لفترات يتحسن فيها المريض) .

٩ — وجود تاريخ عائلي لاضطراب الوجدان .

١٠ — المريض متزوج .

١١ — يلقي مساندة اجتماعية مناسبة .

ويلاحظ أن عكس هذه الأشياء تنبئ بمصير سيء للمريض الفصام

الاعاقة في مرض الفصام :-

نلاحظ من عرض الصورة الاكلينيكية ومسار الفصام ومصيره ، أنه عند مرحلة معينة من المرض تصبح الاعاقة في عديد من الوظائف اليومية مثل العمل والعلاقات الاجتماعية والعناية بالنفس ، وقد يلزم الاشراف على حالته الغذائية ونظافته وحمايته من نتائج سوء تصرفه وضعف حكمه على الأمور ، أو أفعاله الناتجة عن ضلالات أو استجابة الهلاوس ، وبين النوبات يتفاوت احتياجه للرعاية من اعاقة تستدعى رعاية في مصحة إلى تحسن يجعله يعتمد على نفسه .

مضاعفات مرض الفصام :-

للفصام مضاعفات نذكر منها :-

- ١ - الفشل الدراسي رغم أن المريض قد يتمتع بذكاء متوسط أو فوق المتوسط .
- ٢ - فشل المريض في عمله أو ضعف مستوى أدائه أو عدم قدرته على الاستمرار في نفس العمل .
- ٣ - الإقامة بالمستشفيات لفترات طويلة من حياته .
- ٤ - ارتكاب بعض جرائم العنف المفرطة في الغرابة .
- ٥ - قصر حياة الفصامين ، إما لكثرة الانتحار بينهم ، أو لسوء التغذية الذي تنشأ عنه الأمراض ، أو لسوء الرعاية الطبية ، وتجدر الإشارة إلى أن (٥٠ %) من مرضى الفصام يحاولون الانتحار ، وأن (١٠ %) منهم ينهون حياتهم فعلا .

تشخيص الفصام

يتم تشخيص الفصام من خلال تاريخ المرض وفحص الحالة العقلية السخاضة ، ولا توجد اختبارات معملية تشخص الفصام ، ولقد بذلت المحاولات التي سبق ذكرها وغيرها الكثير لتحديد دلالات يمكن الاعتماد عليها في تشخيص الفصام ، وهذه الدلالات هي :-

أ - وجود سمات ذهانية في المرحلة النشطة كما في (١) أو (٢) أو (٣) ،

واستمرت هذه الأعراض لمدة أسبوع على الأقل (ما لم يتم علاجها بنجاح) .

(١) أثنتان مما يلي :—

— ضلالات .

— هلاوس بارزة (أثناء النهار لعدة أيام ، أو تتكرر مرات عديدة أسبوعيا لعدة أسابيع ، وليست مقصورة الحدوث في لحظات خاطفة وقليلة) .

— عدم الاتساق في التفكير أو فقد الروابط بين الأفكار بشكل بارز .

— سلوك تصليبي .

— تبدل الوجدان أو عدم مناسبه (تناقضه) بشكل ملحوظ .

(٢) ضلالات مفرطة الغرابة (Bizarre) (بحيث تكون ليست جزءا من ثقافته وغير مقبولة من مجتمعه) .

(٣) هلاوس بارزة ، كما سبق وصفها في (١) ، على أن لا يكون لمحتواها علاقة ظاهرة بالاكثاب أو السرور المرضى ، أو أن الهلاوس في هيئة صوت مستمر يعلق على سلوك الشخص أو على أفكاره ، أو في هيئة صوتان أو أكثر يتحدثان معا .

ب — خلال مسار الاضطراب يقل انجاز الشخص الوظيفي وتضطرب علاقاته الاجتماعية ويقل اهتمامه بنفسه (وإذا كان طفلا أو مراهقا فإنه يفشل في تحقيق الانجاز المتوقع منه دراسيا واجتماعيا) .

ج — يستبعد كل من اضطراب الفصام الوجداني واضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية ، (وإذا وجدت أعراض لزمة أى من الهوس أو الاكثاب خلال المرحلة النشطة للمرض ، فإن مدتهما معا يشترط أن تكون قصيرة بالنسبة لمدة الاضطراب شاملة المرحلة النشطة والمتبقية) .

د — يشترط أن تستمر الأعراض لمدة ستة شهور على الأقل ، على أن تشمل مرحلة نشطة (لمدة أسبوع على الأقل إذا لم يتم علاجها بنجاح) تكون أعراضها الذهانية مميزة للفصام (كما سبق في الفقرة — أ —) سواء صاحب ذلك المرحلة الممهدة أو المتبقية أو لم يصاحبها .

- هـ- و يشترط أن لا يكون سبب الاضطراب عضوى .
- و- إذا وجد اضطراب ذاتوى من قبل فإن الفصام لا يضاف كتشخيص إلا إذا وجدت هلاوس أو ضلالات بارزة .
- ولا يكفى أن نشخص الفصام بوجه عام ولكن علينا أن نحدد نوعه لأن التنبؤ بمصير المرض يختلف حسب النوع وطبقا لنفس التصنيف فإن أنواع افصام هى :-

١- النوع الكتاتونى (Catatonic) :-

وهو نوع الفصام الذى يبرز فى صورته الاكلينيكية أى مما يلى :

- (١) الذهول الكتاتونى (Stupor) وهى النقص الملحوظ فى التفاعل مع البيئة أو النقص الملحوظ فى النشاط والحركة التلقائية أو كلاهما .
- (٢) السلبية الكتاتونية (المقاومة غير الهادفة لكل التعليمات أو محاولات تحريكه) .
- (٣) التصلب الكتاتونى (المحافظة على وضع متصلب ضد محاولات تحريكه) .
- (٤) الهياج الكتاتونى (السلوك الحركى المضطرب الذى ليس له هدف ظاهرى ولم يستثار بمثيرات خارجية) .
- (٥) الوضعة الكتاتونية (اتخاذ المريض لأوضاع إرادية غريبة الشكل وغير مناسبة) .

٢- النوع غير المنتظم (Disorganized) :-

وهو نوع الفصام الذى تتوفر فيه الموصفات التالية :-

- (١) عدم اتساق الأفكار، أو فقد روابط التفكير، أو السلوك الواضح الاختلال .
- (٢) تبدل الوجدان أو عدم تناسبه الواضح .
- (٣) ولا تتفق مواصفاته مع النوع الكتاتونى .

٣- النوع البارانوئيدى (الاضطهادى) (Paranoid) :-

وهو نوع الفصام الذى تتوفر فيه الموصفات التالية :-

(١) الانشغال (انشغال التفكير) بواحد أو أكثر من الضلالات المنتظمة ، أو وجود هلاوس سمعية متكررة تمت كلها لموضوع واحد .

(٢) عدم وجود أى من : عدم اتساق التفكير، أو فقد الملحوظ في روابط التفكير، أو تبند الوجدان أو عدم تناسبه الواضح ، أو السلوك الكتاتونى الواضح الاختلال .

(اذا وجدت الموصفات المذكورة في كل من ١ ، ٢ خلال المرحلة النشطة للمرض في الماضى والحاضر فيكون النوع مستقر ١ — Stable type) .

٤ — النوع غير المتميز (Undifferentiated) :—

وهو نوع الفصام الذى يتميز بما يلي :—

(١) ضلالات أو هلاوس بارزة ، أو عدم اتساق التفكير، أو السلوك الواضح الاختلال .

(٢) لا تتفق موصفاته مع الفصام البارانوئى أو الكتاتونى أو غير المنتظم .

٥ — النوع المتبقى (Residual) :—

وهو نوع الفصام الذى يتميز بما يلي :—

(١) غياب كل من الضلالات البارزة ، والهلاوس البارزة ، وعدم اتساق التفكير، واختلال السلوك الواضح .

(٢) وجود برهان على استمرار الاضطراب بوجود اثنتان أو أكثر من الأعراض المتبقية الآتية :—

— انهيار مستوى الأداء الوظيفى للشخص عما كان قبل ذلك .

— الانسحاب الاجتماعى الملحوظ أو العزلة .

— السلوك المفرط في غرابته (مثل جمع الأوراق الملقاه في الطريق

ووضعها في جيبه) .

— اهماله الشديد لنظافته الشخصية .

— تبلده الوجدانى أو تناقضه .

- غرابة الافكار التى تؤثر فى سلوكه ولا تتناسب مع عادات مجتمعه .
- خبرات ادراكية غير سوية (مثل أخطاء التأويل المتكررة) .
- نقص المبادأة الملحوظ وفقد الاهتمامات ونقص الطاقة .

التشخيص الفارق للفصام

عندما نكون بصدد تشخيص الفصام واستبعاد الاضطرابات الأخرى التى تسبب أعراضا مماثلة علينا أن نراعى ما يلى :—

١ — البحث جيدا عن سبب عضوى خاصة فى وجود أعراض غير معهودة فى حالات الفصام .

٢ — فى كل انتكاسه للمرض علينا أن نعيد التقويم وتشخيص المرض من جديد ، مع الأخذ فى الاعتبار امكانية حدوث آفة عضوية أضيفت إلى الفصام الموجود أصلا ، خاصة اذا كان المريض قد سبق تحسنه لمدة طويلة ، أو تغيرت نوعية الأعراض ، (فلقد لوحظ أن عاهات عضوية تجد على مرضى الفصام المزمنين بسبب ما يتعرضون له من تكرار سقوطهم أثناء سيرهم بتأثير المهدئات المعطاه لهم) .

٣ — يجب الاهتمام بالسؤال عن وجود الأمراض العصبية والنفسية فى أسرة المريض .

أما الاضطرابات التى يجب تمييزها كتشخيص فارق للفصام هى :—

١ — الاضطراب العقلى العضوى : حيث يوجد أسباب عضوية ينشأ عنها أعراض تشبه الفصام (مثل : تعاطى مادة كالامفيتامين ، أو الصرع النفسى حركى ، أو آفة فى الفص الجبهى لقشرة المخ أو نقص فيتامين ب١٢ ، أو التهاب المخ) ، ولقد سبق توصيف ما يميز هذه الاضطرابات .

٢ — ادعاء المريض بما يشبه أعراض الفصام : يمكن ادعاء أعراض الفصام لأن التشخيص يعتمد على تقرير المريض ، والمرضى الذين يفعلون ذلك عادة لهم مكسب ثانوى .

٣- الذاتوية الطفلية : وهذا الاضطراب يشخص عندما تكون البداية بعد عمر ثلاثون شهرا وقبل اثنتى عشر عاما ، مع غياب كل من الضلالات والهلاوس وفقد روابط التفكير.

٤- اضطراب الوجدان: قد يصعب التمييز بين اضطراب الوجدان والفصام ولكنه هام ، لأن اضطراب الوجدان قابل للعلاج ، وصعوبة التمييز مرجعها أن أعراض اضطراب الوجدان (خاصة الاكتئاب) شائعة خلال كل مراحل الفصام ، ولكنها قصيرة المدة بالمقارنة بالأعراض الأساسية للفصام ، وقد يكون من الحكمة تأجيل التشخيص أو افتراض وجود اضطراب وجداني ، لأن ذلك أفضل من التسرع وتشخيص فصام ، (يفشل مريض الفصام في العودة إلى النمط الوظيفي الأساسى له بعد كل انتكاسه للمرض بخلاف اضطراب الوجدان).

٥- الفصام الوجداني : وذلك عند وجود أعراض هوس أو اكتئاب مع أعراض الفصام الأساسية على الأقل لمدة أسبوعين ، مع غياب أعراض وجدانية بارزة في بعض مراحل المرض .

٦- الاضطراب فصامى الشكل والتفاعل الذهاني قصير المدى : و يتميز أى منهما عن الآخر عن الفصام بالمدة التى استمر فيها الاضطراب ، فالفصامى الشكل مدته تقل عن ستة شهور بنفس أعراض الفصام ، أما التفاعل الذهاني قصير المدى فأعراض الفصام استمرت لأقل من شهر مع التعرض لظروف ضاغطة أو كرب .

٧- الاضطراب الضلالى : ويشخص فى حالة الضلالات شديدة الغرابة التى استمرت لمدة ستة شهور ، فى غياب الأعراض الاخرى لكل من الفصام واضطراب الوجدان .

٨- اضطراب الشخصية : الذى قد يشبه بعض ملامح الفصام ولكن ليس له بداية محددة مثل الفصام .

انتشار الفصام

لوحظ أن معدل حدوث الفصام (Incidence) (وهو عدد الحالات الجديدة التي تشخص فصام في سنة ما) يتراوح بين (٠.٤٣٪) و (٠.٦٩٪) من عامة الناس ، بينما معدل الانتشار (Prevalence) (عدد كل حالات الفصام التي شخصت خلال عام سواء كانت جديدة أو قديمة) يتراوح من (٨٥٪) إلى (٣٪) من عامة الناس .. وحدث الفصام فيما بين الخامسة عشرة والاربعين من العمر، مع زيادة معدل الحدوث في أواخر العشرينيات من العمر، وانتشار الفصام في الذكور مثل الاناث ، ويكثر بين غير المتزوجين ، وآخر الاطفال ميلادا في الاسرة ، وينتشر بين كل الاجناس ، ويكثر انتشاره في المدن الكبيرة المزدهرة ، وبين الطبقات الاجتماعية الدنيا (الفقيرة) ، ويزداد ظهور الفصام في بداية الصيف وفي فصل الخريف .

ولوحظ أن انتشار الفصام يزداد بين الاقارب ، فاذا كان أحد الوالدين مصابا بالفصام فإن نسبة الانتشار بين الأبناء تصل إلى (١٥٪) أما إذا كان كلا من الوالدين مصابا فإن النسبة تصل إلى (٣٠ - ٤٠٪) ، وفي حالة إصابة أحد الإخوة تكون نسبة الانتشار بين بقية الاخوة (٧ - ١٠٪) ، أما في حالة التوائم فإن النسبة أعلى من ذلك كثيرا خاصة في حالات التوائم المتماثلة .

وتشير احصائيات المستشفيات العقلية إلى أن نسبة مرضى الفصام يمثلون (٥٠ - ٦٠٪) من المرضى الذين يتم ادخالهم الى هذه المستشفيات .

أسباب الفصام

لقد حظيت دراسات أسباب الفصام بكم هائل من الدراسات ، واعتادت الكتب التقليدية أن تفرد لهذا الجزء العديد من الصفحات ، رغم أن كل ماتم انجازه في هذا المجال لا يعدوا أن يكون مجرد نظريات فقط ، ولم يعرف حتى الآن السبب الحقيقي للفصام ، ولعل هناك من يتساءل ما الداعي لذكر هذه الأسباب إذا كانت مجرد نظريات فقط ؟ والجواب هو أن هذا التراث من البحث العلمي

يعد خطوات في طريق الوصول الى المعرفة الحقيقية للأسباب ، ومهما كانت هذه الخطوات متناثرة وبعضها ابتعد عن الهدف الا أن الكثير منها اقترب من الهدف خاصة الجوانب البيولوجية ، واليهما يرجع الفضل فيما تم انجازه من نجاح في علاج بعض أنواع الفصام .. وفيما يلي سوف نعرض موجزا لأهم هذه النظريات (أو العوامل) :-

١ - العوامل الجينية (Genetic theory)

من خلال الدراسات التي تناولت أسرة الفصامي لوحظ أن معدل الانتشار بين أفرادها أكثر منه بين عامة الناس ، ومن دراسات التوائم لوحظ أن الانتشار بين التوائم المتماثلة يصل إلى (٤٠ - ٦٠ %) وبين غير المتماثلة (١٠ - ١٢٠ %) ، وكشفت دراسات التبنى (للأطفال الذين أخذوا من آبائهم الفصامين وربوا في أسرة غير فصامية) أن معدل الانتشار بينهم هو نفسه كما لو ربوا مع آبائهم البيولوجيين ، كما أن متابعة التوائم المتماثلة الذين تم فصلهم عن بعض وتربيتهم في أماكن متباعدة كشف عن نفس معدل الانتشار كما لو تم تربيتهم معا .. وخلص من هذا إلى أهمية العامل الجيني في حدوث مرض الفصام ، ولكن لم يتم الاتفاق هل هو جين أحادي كما يحدث في مصابي نوبات الصرع الصغرى (Petit mal epilepsy) ، أو متعدد الجينات (polygenic inheritance) كما يحدث في مرضى السكر .. ولكن عدم تطابق معدل الحدوث بين التوائم المتماثلة يشير إلى أهمية العوامل غير الجينية أيضا .

٢ - العوامل البيوكيميائية :- وتعد من أكثر العوامل المسببة للفصام حظا في الدراسات التي تناولت أسباب الفصام ، وتقسم إلى :-

- | | |
|----------------------------|--|
| (١) دور الناقلات العصبية . | (٢) دور الانزيمات . |
| (٣) دور الاندورفين . | (٤) دور البروستاجلاندين . |
| (٥) دور الجلوتين . | (٦) دور المناعة . |
| (٧) دور الفيروسات . | (٨) دور المهولسات والمواد شاذة المثل . |

وسوف نعرض لكل منها بإيجاز ..

(١) دور الناقلات العصبية :-

فلقد أشارت الدراسات إلى أن زيادة أو نقص ناقلات عصبية معينة ، أو تغييرها في المستقبلات قبل المشبكية أو بعدها ، أو وجود أمينات داخلية مولدة للذهان ، يعطى أعراض الفصام .

(أ) زيادة نشاط الدوبامين : وذلك إما لزيادة إنتاجه ، أو تراكمه بسبب نقص الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية ، أو زيادة نشاط ثانوى لنقص مثبطات الجابا (GABA) ، أو لزيادة حساسية المستقبلات بعد المشبكية ، أو زيادة تخليق مستقبلات دوبامينية .. وزيادة نشاط الدوبامين تكون بصفة خاصة في الـ (Mesolimbic) والـ (mesocortical) ، وبرهن على ذلك أن مركبات الأمفيتامين التي تفرز الدوبامين يمكنها بالجرعات الكبيرة أن تسبب أعراضا ذهانية لدى الأسوياء ، كما أن مضادات الذهان التي تعد مثبطات لنشاط الدوبامين تقلل من الأعراض الذهانية .

ولكن ضد هذه النظرية : نقص نواتج تمثيل الدوبامين في السائل النخاعى الشوكى لمرضى الفصام ، واعطاء مولد الدوبامين (L-Dopa) لمرضى الفصام يحسن الأعراض السالبة ، رغم أنه يجعل الأعراض الموجبة أكثر سوءا ، كما أن اعطاء أبومورفين (apomorphine) (الذى يعد ذو مفعول مشابه للدوبامين عند المستقبلات) بجرعات قليلة يحدث تحسنا في الفصامين المزمنين .

(ب) زيادة نشاط النورأدرينالين يسبب حساسية تجاه المثيرات الداخلة الى المخ مما يجعلها تبدو كأعراض ذهانية .. وبرهن على ذلك أن بعض مرضى الذهان الحاد قد يتحسنون بتعاطى البربرانولول (Propranolol) الذى يعمل على قفل مستقبلات البيتا الأدرينالية ، كما لوحظ زيادة النورأدرينالين في منطقة الدماغ الأوسط ، وزيادة مادة (٣ - ميثوكسى ٤ - هيدروكسى فينيل جليكول) كمخلف أساسى من نواتج تمثيل النورأدرينالين خاصة في مرضى الفصام البارئوى واستخلص من ذلك أن للنورأدرينالين دور ضمن مسببات الفصام .

(ج) نقص عصبونات الجابا (GABA - neurons) ، وهى أساسا مشبطة ، خاصة في منطقة نواة (accumbens) مع زيادة الدوبامين في نفس المنطقة ، كما

لوحظ أن مضادات الذهان تزيد من نشاط الجابا، وأن الديازيبام الذى يعد ذو مفعول محبذ لنشاط الجابا له مفعول مضاد للذهان فى بعض مرضى الفصام، ولكن بعض الباحثين اعتبر أن نقص الجابا ثانويا للدوبامين والنورأدرينالين .

(د) نقص السيروتونين : حيث لوحظ أن مضادات الذهان تتحد بمستقبلات السيروتونين و يقل مولد السيروتونين (التريتوفان) فى حالات الفصام الحادة و يزداد مع التحسن الاكلينيكي، كما أن تعاطى الأمفيتامين لمدة طويلة يسبب نقص السيروتونين وهذا يشير إلى أن نقص السيروتونين يلعب دورا فى الفصام.

(و) زيادة الفينيل ايثل أمين (Phenylethylamine) وهوليس ناقل عصبى حقيقى ولكنه يشبه الأمفيتامين فى تركيبه ومفعوله، حيث وجد زائدا فى البول والدم والسائل المخى الشوكى، ولوحظ أعلى تركيز له فى الجهاز الطرفى الحشوى خاصة فى حالات الفصام البارانوى المزمن، ولكنه وجد زائدا أيضا فى مرض الهوس مما يشير إلى أنه يسبب قابلية داخلية للذهان أكثر من كونه عاملا محددًا فى مرض الفصام.

(٢) دور الأنزيمات : حيث لوحظ علاقة بين بعض الانزيمات والأعراض الذهانية نذكر منها:—

(أ) الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (M.A.O) : وهذا الانزيم يعد الطريق الأساسى لهدم الناقلات العصبية (خاصة النورأدرينالين والدوبامين والسيروتونين)، التى افترض أنها تلعب دورا فى إحداث الذهان حيث أن نقص نشاط هذا الانزيم يسبب زيادة الناقلات العصبية، سواء كانت بزيادة نسبتها أو زيادة فاعليتها، ولما كان نشاط الانزيم (MAO) فى الصفائح الدموية نموذج لنشاطه فى المخ، فإن نقصه فى الصفائح الدموية فى مرضى الفصام بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، اعتبر دليلا على ارتباطه بمرض الفصام كما أنه لوحظ ارتباط بين انخفاض نشاط الانزيم فى الصفائح الدموية والهلاوس السمعية والضلالات والفصام الاضطهادى بصفة

خاصة، ولكنه لوحظ في أمراض عقلية أخرى منها الاضطراب ثنائي القطبية والكحولية.

(ب) انزيم الدوبامين بيتا هيدروكسيلاز: وهو انزيم يساعد في تحول الدوبامين الى نورأدرينالين في الخلايا النورادرينالية، والعوامل التي تثبطه تسبب تراكما للدوبامين الذي يزيد من الذهان في مرض الفصام والهوس.

(ج) انزيم الكاتيكول -أو- ميثيل ترانزفيراز (Catechol-o-methyl transverse) وله دور هام في تمثيل الكاتيكو لامينات، واتهم بتورطه في انتاج مواد شاذة المثل، ولكن لا توجد أدلة ثابتة تؤكد زيادة هذا الانزيم أو نقصه في مرض الفصام، وافترض البعض أن نقص هذا الانزيم ينشأ عنه مواد تشبه الهارمين (harmine) المحدثه للهلاوس بدلا من الميلا تونين ومن ثم تزيد الخلايا الصبغية في الجلد.

(د) انزيم الكرياتين فوسفوكيناز (creatine phosphokinase) الذي وجد زائدا بدلالة احصائية لدى مرضى الفصام ومرضى الذهان الوجداني المتوفين حديثا بالمستشفيات، كما لوحظت شذوذات تشريحية وفسولوجية في نهايات الاعصاب الحركية للعضلات الارادية في بعض مرضى الذهان، وقد يكون هذا ناتجا عن شذوذ الناقلات العصبية المركزية أو عدوى فيروسية.

(٣) دور الاندورفين (Endorphins): وهى مجموعة من الببتيدات التي تشبه الأفيون وتوجد طبيعيا في المخ، حيث تم التعرف في بعض الدراسات على نوع الاندورفينات (جاما) لها نشاط يشبه مضادات الذهان، وعلاج بعض مرضى الفصام بها أعطى بعض التحسن، ومن المحتمل أن يكون لمستقبلات الأفيون دور في تنظيم تخليق وافراز الدوبامين والسيروتونين، الا أن الأدلة على دور الاندورفينات في مرضى الفصام مازالت غير كافية.

(٤) دور البروستاجلاندين: وهى مجموعات الأحماض الدهنية الضرورية، ومن بينها بروستاجلاندين (E) الذي يقلل افراز الكاتيكولامين، لوحظ أن مضادات الذهان تثبط افراز البروستاجلاندين، بينما تزيد الكاتيكولامينات من افراز

البروستاجلاندين، ولكن مضادات البروستاجلاندين ليس لها تأثير على أعراض الفصام، كما لوحظ أن البروستاجلاندين-E يثبط في حالة نقص الأحماض الدهنية الضرورية خاصة حمض اللينوليك (Linoleic)، وأن تحسناً في بعض مرضى الاضطراب فصامى الشكل نتج من العلاج بزيت بذور الكتان، التي يزيد فيها أحماض اللينوليك واللينولينك.

(٥) دور الجلوتين: وهو مادة بروتينية في دقيق القمح اعتبرت عاملاً مسبباً في مرضى الفصام حيث لوحظ أن حدوث الفصام قد ازداد باستهلاك القمح في الحرب العالمية الثانية، وزيادة معدل حدوث مرض السلياك (Celiac) بين مرضى الفصام كما لوحظ زيادة معدل حدوث الذهان في مرضى السلياك.. وحدث تحسن في مرضى الفصام الذين تم تغذيتهم بغذاء خالي من الجلوتين والبن في دراسة منطبطة منهجية ولكن الدراسات الأخرى لم تؤكد ذلك.

(٦) دور المناعة: فلقد اقترح أن الفصام يعد أحد أمراض المناعة الذاتية (autoimmune) تنشأ عن وجود أجسام مضادة في دم الفصامين، وكأن المستضد (antigen) هو أنسجة المخ، وينتج عن ذلك زيادة نفاذية الجدار الخلوى أو تحطيم الخلية أو وجود مستعمرات من الخلايا اللمفية الشديدة الحساسية، فلقد لوحظ أن معدل الأجسام المضادة للدماغ بين الأسوياء (٥ و ٣٪) بينما يصل إلى (٦ و ٢٠٪) بين أقارب الفصامين من الدرجة الأولى.

(٧) دور الفيروسات: حيث افترض البعض أن مرض الفصام ينشأ عن عدوى فيروسية بطيئة المفعول في أشخاص مهثين جينيا، وبرهن على ذلك بوجود أجسام مضادة للفيروس وجدت في الدماغ والسائل الشوكى المخى لبعض مرضى الفصام، كما أن التهاب المخ بفيروس الهربس (Herpes Simplex) يسبب لزمة مرضية تشبه الفصام.

(٨) دور المهلوسات والمواد شاذة الميثيل: لوحظ أن المسكالين الذى هو مادة محدثة للهلاوس يشبه في تركيبه شكلاً مثيلياً من النورادرينالين، وهذا أدى الى اقتراح أن مواد شاذة الميثيل تنتج داخلياً، وتعد مواد مهلوسة داخلية، كما أن إعطاء مادة مطلقة لمجموعة الميثيل مثل الميثونين أو البيتان (betaine) يسبب تفاقم أعراض الفصام، إلا أن تتبع هذه المركبات لم يؤكد الاختلاف في كمية هذه المركبات المثيلية بين الفصامين والأسوياء.

٣- العوامل النيوروفسيولوجية : لقد أوحى التشابه في الأعراض بين بعض آفات الدماغ البؤرية والفصام الى افتراض ان الفصام آفة بالدماغ ، وتأكد هذا بوجود شذوذات في تخطيط الدماغ لدى مرضى الفصام أكثر منها لدى عامة الناس ، وكشف تحليل موجات تخطيط الدماغ الكهربائي باستخدام الكمبيوتر عن زيادة في موجات دلتا البطيئة وموجات بيتا السريعة مع نقص في موجات الالفافا ، ولوحظ أن هذا التغير يشبه ما يحدث للبالغين عند تعاطيهم عقار ال (L.S.D) المحدث للهلاوس ، كما لوحظ أن هذا النمط من زيادة موجات البيتا ونقص موجات الالفافا يحدث في المجموعة الضابطة من الأسوياء عند الاثارة الحسية أو تنفيذ مهام عقلية ، وهذا يشير الى أن الفصامين يكونون في حالة مزمنة من ازدياد اليقظة (hyperarousal) ، التي قد تعنى نقص ترشيح وتكامل المداخل الحسية .

أما طريقة رسم خريطة لنشاط المخ الكهربائي (Brain mapping) التي تظهر خرائط ملونة من تخطيط الدماغ مع بيانات الجهد الكهربائي المستثار (Evoked potential) ، فكشفت عن زيادة على الجانبين من نشاط دلتا خاصة في المناطق الجبهية ، وزيادة نشاط بيتا خاصة في المنطقة الصدغية الجدارية اليسرى في مرضى الفصام بالمقارنة بالمجموعة الضابطة من الأسوياء .

ولقد لوحظ أن مرضى الفصام الذين توجد لديهم زيادة من الموجات السريعة (البيتا) يستجيبون أفضل لمضادات الذهان من أولئك الذين تزداد الموجات البطيئة (دلتا) في تخطيط الدماغ لهم .

٤- العوامل النيوروباتولوجية : كشفت الدراسات (بحقن الهواء في الدماغ او بتصوير الدماغ المقطعي باستخدام الكمبيوتر - CAT -) عن ضمور في الدماغ يؤدي إلى اتساع بطيناته ، خاصة البطين الثالث ، ولوحظ أن هناك ارتباط بين اتساع البطينات والأعراض المزمنة لمرضى الفصام والتي لا تتحسن بالعلاج ، وأن بطينات الدماغ تكون طبيعية في الحالات الحادة من الفصام وهي التي تتحسن بالعلاج .. ولوحظ عديد من الشذوذات العصبية الطفيفة غير محددة الموضع في (٦٠ - ٧٠ %) من مرضى الفصام ، ينتج عنها علامات عصبية دقيقة

(Soft Signs) (مثل قصور في التعرف اللمسي والتحكم الحركي والاتزان والمشية أو الرعشة) ، ووجدت علاقة بين هذه العلامات واضطراب التفكير ..

ومن بين الملاحظات النيوروباثولوجية اتساع أخاديد قشرة المخ الذي يوحى بضمور القشرة المخية ، الذي لوحظ في بعض مرضى صغار السن ومبكرا في مسار المرض ، مما يؤكد أنه ليس ثانويا للعقاير التي أعطيت ، ووجدت علاقة موجبة بين كل من اتساع البطينات وضمور قشرة المخ وبين العلامات العصبية الدقيقة وضعف الشخصية قبل المرض والأعراض الفصامية السالبة ، واستجابة هؤلاء المرضى لمضادات الذهان ضئيلة جدا ومصيرهم عدم التحسن .

ولاحظت الدراسات المجهرية زيادة التليف (gliosis) في منطقتي الدماغ الأوسط وتحت المهاد في نسبة تصل الى (٧٠٪) من الفصامين المزمنين الذين تبرز في صورتهم الاكلينيكية الأعراض السالبة ، (عادة ما يتم التليف كاستجابة لتلف عصبوني) ويحدث بكثرة في المناطق القاعدية الجبهية من الدماغ ، وهي متفقة مع ملاحظة اتساع البطينات في نسبة معينة من مرضى الفصام ، وهذا التلف العصبوني يؤكد القول بأن الفصام ناتج عن عدوى فيروسية في بعض أنواعه .

وهذه المشاهدات تؤكد مفهوم أن الفصام في بعض أنواعه يعد مرضا في الدماغ خاصة التي لها أعراض سالبة واستجابة ضئيلة للعلاج ومصيره عدم التحسن .

٥ - العوامل النفسية :- ويمكن أن نلخصها فيما يلي :-

(١) نقص ترشيح المثيرات الحسية : يصف بعض الفصامين خبرة ذاتية من تغير الإدراك ، حيث يواجهون بفيض من المثيرات في الحالات الحادة تسبب تشتتهم ، ويفسر الانسحاب والتصلب الكتاتوني على أنه محاولات لتقليل فيض المثيرات ، كما تفسر الضلالات على أنها إعادة لتنظيم هذه المثيرات المضللة التي لا يمكن فهمها على ضوء العلاقة بالواقع ، ومن ثم استنتج أنه لدى الفصامين نقص في ترشيح المثيرات الحسية أو اختلال وظيفة المداخل الحسية ، مما يسبب حملا زائدا من المثيرات ينشأ عنه زيادة اليقظة .

- (٢) الصراع (Conflict) : حيث أكد (فرويد) و(فينخل) على أن الذهان يشبه العصاب في وجود الصراع اللاشعوري ، ولكن فيه انهيار الدفاعات في مواجهة النزعات ، وينكص الفصامي إلى مراحل مبكرة من النمو النفسي .
- (٣) ضعف الانا (Ego) : الذي قد يكون فطريا أو مكتسبا نتيجة لنقص الأمومة و ينشأ عنه نقص التمييز بين النفس والموضوع ونقص تناغم الوظائف النفسية وتكاملها وبدائية الدفاعات والصراع المتولد حول العدوان ، مما يؤدي إلى نقص المقاومة لكل أنواع الضغوط وفقد العلاقة بالواقع .
- (٤) اضطراب العلاقة بالآخرين التي تعود إلى مراحل نمو الطفل الأولى ، حيث انعدام الثقة في الآخرين والحساسية الشديدة تجاه عدم قبوله منهم ، الأمر الذي يجعله هشاً يميل للانسحاب والذاتوية كحيل للمحافظة على أمانه الداخلي واعتباره لذاته وتجنبه القلق ، وهذا يفصله عن الواقع أكثر ويزيد من رفض الآخرين له ، فيزداد احباطه أكثر ويتهدد اعتباره لذاته أكثر .
- (٥) اختلال العلاقة بالباكرة بالموضوع ، حيث اعتبرت (ميلاني كلاين) أن الشهور الأولى من حياة الطفل وما ينشأ خلالها من مشاعر موجبه أو سالبة تجاه النفس والآخرين — هي أساس الموقف البارائوي الفصامي وتكوين دفاعات مرضية تظل إلى الحياة البالغة .. بينما ركز (فيربيرن) (Fairbairn) على انشقاكات الأنا التي تتداخل مع وظائفه التكيفية وتكامله واختباره للواقع ، وهذه مع العلاقات غير الناضجة للموضوع تمنع الانتقال من الاعتمادية الفمية إلى الاعتمادية الناضجة المبنية على التمييز بين النفس والآخر .. أكد (وينكوت) (Winnicott) أن تكامل الأنا المنفصل يتبلور في احساس ثابت بالنفس ، وأن الأم الطيبة تنمي نفسا حقيقية بينما تنمي الام غير الطيبة نفسا زائفة تتحطم في الذهان .

٦- العوامل البيئية : وتركزت على التفاعل الأسري وعلاقة الوالدين بالطفل كما يلي :-

- (١) الرابطة المزدوجة في التعامل مع الأطفال : بان يصدر أحد الوالدين أمرا للطفل ويقصد به عكسه ، فيصل الأمران معا (افعل ولا تفعل) إلى ادراك

الطفل فيربكه خاصة إذا عوقب على أى منها (الفعل أو عدم الفعل) ، وهذا يعكس عدم وضوح التفكير المنقول إليه من العالم الخارجى ، وهذه النظرية وضعها (باترسون) عام ١٩٥٦ .

(٢) سيطرة أحد الوالدين وانعزال الآخر وضعفه ، وهذا هو مفهوم (Skew) ، مع الطلاق العاطفى بين الوالدين ، وهذا هو مفهوم (Schizm) ، الأمر الذى ينشأ عنه تشوه فى هوية الأطفال مما يهيئهم لمرض الفصام ، وهذه نظرية (ليدز) عام ١٩٦٥ .

(٣) التفكير المختل فى عائلات الفصامين مع التهيئة الوراثية يلعبان معا دورا مشتركا فى إحداث الفصام ، حيث لوحظ أن اضطراب التفكير فى (٤٥ %) من أباء الفصامين بالمقارنة بنسبة (١٩ %) فى آباء غير الفصامين ، ويشبه هذا بوضع برامج خاطئة (مختلة) فى كومبيوتر هو أصلا معيب ، وهذه نظرية (واين وسنجر) .

(٤) التعرض لكرب (stress) : فادراك الشخص لموقف الكرب واستشعاره الخطر المصاحب بافراز وفرة من الادرينالين ، يحدث خطأ بيوكيميائيا ينتج مواد سامة مولدة للذهان ، وهذا يزيد من الشعور بالكرب وما يتبعه من استشعار الخطر فزيادة الخطأ البيوكيميائى ، ويظل الفصامى فى دائرة مفرغة من الكرب والمرض .

علاج الفصام

نظرا لأن مرض الفصام يعد فى نسبة كبيرة منه مرضا مزمنيا حيث يمثل (٥٠ — ٧٠ %) من المرضى الذين تطول إقامتهم بالمستشفيات العقلية ، وغالبا لا يعود الشخص إلى سابق عهده من الانجاز والأداء الوظيفى ، فإن هذا يجعل مبدأ « الوقاية خير من العلاج » هاما للغاية ، بالإضافة إلى علاج الحالات المرضية ما أمكن ذلك .. سوف نفصل ذلك فيما يلى :—

أولا العلاج الوقائى : وذلك بتقليل زواج الفصامى ما أمكن ، وإذا تزوج فلا يكون من فصامية ، وألا ينجب أكثر من طفل واحد ، لأن التهيئة الوراثية للمرض تنتقل إلى الأبناء بنسبة (١٥ % — ٤٠ %) ، كما ينصح بعدم الزواج من أقاربه .

ثانياً العلاج للحالات المرضية : ان الاختلال الذى يصيب العديد من الوظائف النفسية فى مرض الفصام يتطلب عدة مداخل علاجية تساهم معا فى الاخذ بيد المريض الى الشفاء أو التحسن ، وهذه المداخل هى :-

١- العلاج الكيميائى : ويشمل العلاج بمضادات الذهان (Antipsychotics) وغيوبة الانسولين (Insulin coma) .

(١) مضادات الذهان (أو مضادات الفصام) وهى مجموعة المطمئنان العظمى ، والتي سيرد تفصيلها فى باب العلاج .

(٢) غيوبة الانسولين : حيث تعطى حقنة الانسولين بالعضل صباحا ، وتزداد الجرعة حتى تحدث الغيوبة ، ثم تقطع الغيوبة باعطاء جلوكوز خلال أنبوبة الى المعدة بعد نصف ساعة ، وإذا لم يفيق يعطى (٤٠ - ٨٠ سم^٣) جلوكوز بتركيز (٣٣%) حقنا بالوريد ، وعندما يفيق يعطى وجبة افطار خفيفة ، ويكرر هذا خمسة مرات اسبوعيا ، ولقد توقف استخدام هذه الطريقة من العلاج فى أغلب الدول الأوربية بسبب التقدم الذى تحقق فى مضادات الذهان ومضاعفات هذه الطريقة وهى (استمرار الغيوبة والموت ، أو تلف الدماغ ، أو حدوث تشنجات أثناء الغيوبة) .

٢- العلاج الكهربائى المحدث للشنجات (Electro convulsive therapy) :

ويستخدم فى بداية الفصام أو فى الحالات الحادة أو المصاحبة بأعراض تصلبية (كتاتونية) ، أو المريض الخامل المتبلد أو حالات الفصام المصاحبة بأعراض اضطراب وجدانى وأحيانا يكون مبرر اعطائه هو تقليل جرعة مضادات الذهان اللازمة للسيطرة على الأعراض الذهانية .. وسوف يرد تفصيله أيضا فى باب العلاج .

٣- العلاج النفسى :-

(١) العلاج الفردى : ويهدف إلى تدعيم المريض من خلال العلاقة العلاجية ، التى قد يصعب تكوينها بسبب شك المريض وقلقه ، وعدم راحته للألفة

الحميمة ، وخوفه من نزعاته التدميرية ، ولكي يتغلب المعالج على ذلك يجب أن يكون نشطا مهتما وصادقا ومتعاطفا .. والفهم الدينامي يكون أن يقلل من قلق المريض وجعله يتخلص من ضلالاته ، وتشجيعه على التعامل مع الحياة الواقعية من حوله .. ويمكن أن يعمل المعالج كأنا مساعد للمريض (Auxiliary Ego) في حالة استمرار خلل الأنا الخاص بالمريض ، بهدف مساعدة المريض التعرف والتعامل مع الحياة الواقعية والمشاكل اليومية .

ونادرا ما يمكن عمل علاج نفسي عميق في حالات الفصام لأنه يستلزم مريضا مناسباً ، حيث يعتمد على قوة الأنا لدى المريض إلى الحد الذي يمكنه من تحمل انفعالاته العنيفة والتحكم في نزعاته والتمييز بين نواحي الطرح في العلاقة العلاجية ، فمن خلال الفهم التدريجي لأعراضه الذهانية ومعناها ، ومواجهة مخاوفه وصراعاته تجاه الجنس والعدوان ، وتحمل صراعاته الداخلية والخارجية دون نكوص لدفاعات ذهانية ، يحقق احساسا ثابتا بالنفس وقدرة على التألف والتوافق النفسي بحل الصراعات النفسية (أو قبولها) وتقبل العالم والتكيف معه .

وتعد العلاقة العلاجية النفسية هي المدخل لكل الطرق العلاجية المختلفة سواء كانت جسمانية أو اجتماعية أو نفسية .

(٢) العلاج النفسي الجماعي : ويتم بوضع المريض ضمن مجموعة من المرضى في وجود المعالج ومساعدته ، حيث تنمي المهارات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين مع اعطاء التدعيم والمساندة من المجموعة للمريض ، وقد يأخذ صورة ممارسة أنشطة جماعية .

(٣) الجو العلاجي (Milieu therapy) : يوضع المريض في جو علاجي معد مسبقا بواسطة فريق العلاج ، الذي يستطيع من خلال المشاركة المبدئية مساعدة المريض على ضبط نزعاته واختبار الواقع وتقليل القلق والاثارة البيئية مع مساعدته في العناية بنظافة ورعاية نفسه ، كما يشجع الفريق العلاجي المريض على الاندماج في المجموعة والتفاعل مع المرضى الآخرين مع السماح ببعض الخصوصيات للمريض .

٤- العلاج الاجتماعى :-

و يشمل جانبى الأسرة والعمل .

(١) علاج الاسرة : بشرح حالة المريض للأسرة ومساعدتهم على تقبل مشاكله ، وقد يلزم إجراء بعض التغيير فى سلوكيات الأسرة لتقليل الانتكاس لحالة المريض ، حيث لوحظ ان العداة وكثرة الانتقاد الموجه للمريض أو الانغماس معه فى أعراضه الذهانية ، يزيد من معدل انتكاس مرضى الفصام ، وهذه المؤشرات الثلاثة (العداة والانتقاد والانغماس) تصف الجوالانفعالى فى الأسرة (E.E) ، والذي كلما ازداد كان سببا لانتكاس المريض .

(٢) العلاج المهنى : وذلك بجعل المريض يستمر فى عمله ما أمكن ، أو إيجاد عمل مناسب له إذا لم يعد قادرا على أداء وظيفته السابقة ، وقد يتم ذلك داخل المستشفى بعد تحسنه كعلاج بالعمل ، ولكن يفضل اخراجه والحاقه بعمل مناسب .

مكان العلاج :-

أما مكان العلاج فهل يتم داخل المستشفى أو خارجه ؟ وماهى دواعى ادخال المريض الفصامى لمستشفى أمراض عقلية ؟ .. نلاحظ أن أسرة المريض خاصة فى المجتمع المترابط هى الأكثر حرصا عليه ورعايته وحسب توجيهات الطبيب المعالج ، ولذا يفضل علاج المريض مع أسرته لربطه بالواقع وعدم عزله عن حياته العادية ، وخاصة إذا كان جو الأسرة الانفعالى مناسبا وضغوطها النفسية ضئيلة .. ولكن هناك دواعى لادخال المريض المستشفى وهى :-

١- لملاحظة المريض وتشخيصه واجراء الاستقصاءات النفسية والاجتماعية والجسمانية اللازمة .

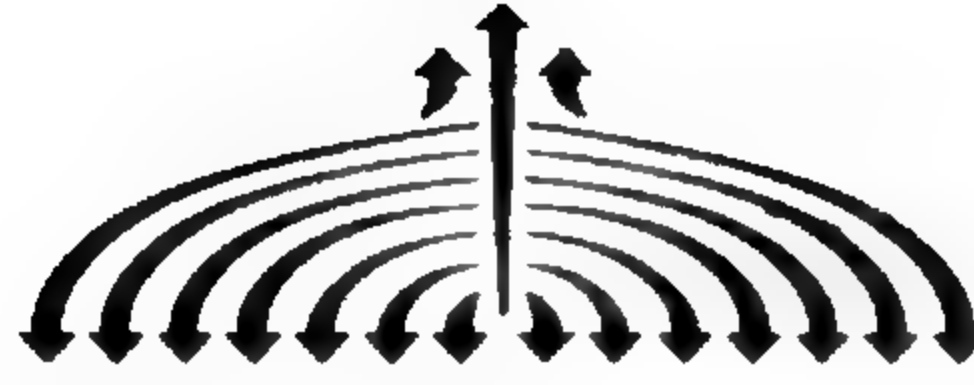
٢- حماية المريض أو المحيطين به من نزعاته العدوانية التى لا يمكن ضبطها خارج المستشفى .

٣- ابعاده عن الضغوط الأسرية أو البيئية التى قد تساهم فى تدهور حالته .

٤- رفض المريض العلاج وعدم استطاعة الأهل تنفيذ البرنامج العلاجى .

استمرارية العلاج :-

في حالة تحسن مريض الفصام تقلل الجرعة إلى النصف أو الثلثين من الجرعة المعطاة في المرحلة النشطة ، و يراعى أن يستمر علاج الفصامى بعد تحسنه لمدة عام من تحسن المريض وخروجه من المستشفى مع متابعته وتقويمه في نهاية هذه المدة وتقليل الجرعة أو إيقاف العقاقير.. و يفضل أن يتم ذلك بمضادات الذهان طويلة المفعول التى تعطى حقنا بالعضل .



الفصل الثالث

مقدمة :-

١ - رجل في الأربعين من عمره صاحب عمل حر، حضرت معه زوجته باكية من اتهامه لها بالخيانة الزوجية، ورغم انه ناجح في عمله ولديهما اطفال ويعيشون في بحبوحة من العيش الا أن شكوكه التي بدأت من شهرين حولت حياتهم الى جحيم لا يطاق، لدرجة أنه أصبح يراقب تصرفاتها داخل وخارج البيت، وحتى أثناء نومها .. بفحصه نفسيا لوحظ وجود ضلالات الخيانة وعدم الاستبصار، وفيما عدا هذه الضلالات فحكمه على الأمور سليم .

٢ - سيدة في الثانية والأربعين من عمرها أرملة تعمل بالتجارة، احضرتها اختها لتوهمها أن الآخرين يضطهدونها وتشكك في تصرفاتهم، وأصبحت لا تنام وكثر شجارها ضمشا كلها مع المحيطين بها .. وبفحصها نفسيا لوحظ وجود ضلالات الاضطهاد وعدم الاستبصار، وحكمها على الأمور سليم عدا ما يرتبط بالضلالات السابقة .

هذان المثالان لحالات اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع اهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هي هذه الأهداف ؟ .

الاضطراب الضلالي

وهو اضطراب تسود فيه الضلالات أو الضلالات المنتظمة دون سبب عضوى وتغيب فيه أعراض اضطراب الوجدان والفصام ، وليس هناك اعراض اخرى يجدر ذكرها غير أن الوجدان يكون مناسباً لمحتوى الضلالات ، وتظل شخصية المريض متماسكة الى حد كبير واختباره للواقع سليم نسبياً .

اطلق (اسكيروول) (Esquirol) عام (١٨٣٨) على هذا المرض الهوس احادى العرض (Monomania) ، وفي عام (١٨٦٣) اطلق عليه (كالبوم) (Kahlbaum) اسم (بارانويا) (Paranoia) ، وفي عام (١٩٢١) وصفه (كريبلين) على أنه بارافرينيا (Paraphrenia) وميزه عن الفصام بغياب الهلاوس والأعراض الذهانية الأخرى وغياب تدهور الشخصية ، وفي عام (١٩٨٠) وصف في الدليل الاحصائى التشخيصى الثالث (DSMIII) على أنه بارانويا مزمنة (ومن بينها البارافرنيا) وأخرى حادة ، وأخيراً فى عام (١٩٨٧) صنفه الدليل الاحصائى التشخيصى الثالث المراجع (DSMIII-R.) تحت اسم الاضطرابات الضلالية ليشير بذلك إلى أن محتوى الضلالات ليس محصوراً فى الاضطهاد ، وأن الاضطهاد ليس ضرورياً لتشخيص هذا الاضطراب .

الصورة الاكلينيكية :-

وأهم ما يميز صورة هذا الاضطراب الاكلينيكية هو وجود ضلالات غير مفرطة فى الغرابة ، ولا ترجع الى مرض عقلى آخر (مثل الفصام أو اضطراب الوجدان) وليس هناك سبب عضوى يكمن خلف هذا الاضطراب .. وموضوعات الضلالات عادة هى الحب أو العظمة أو الغيرة أو الاضطهاد أو ذات محتوى جسمانى .. وبناء على الموضوع الضلالي البارز يكون نوع الاضطراب ، ومن ثم فأنواع الاضطراب الضلالي هى :-

(١) هوس المحب : (Erotomanic) :-

حيث تسيطر على الشخص ضلال (اعتقاد) أنه محبوب من آخر حبا رومانسيا لدرجة الالتحام الروحى ، وعادة يكون هذا الآخر من طبقة عالية أو شخص مشهور أو رئيس فى العمل ، وقد يكون غريباً عن الشخص صاحب الضلال تماماً ،

وقد يبذل المضطرب (صاحب الضلال) مجهودات للاتصال الشخصي بموضوع الضلال خلال التليفون أو الخطابات أو الهدايا أو الزيارات أو الملاحظة المستمرة أو اعتراضه ، وقد يحفظ ضلالاته سرية لا يباح بها رغم هذه المجهودات .
و يكثر انتشار هذا الاضطراب بين الاناث في الممارسة الاكلينيكية ، بينما يلاحظ انتشاره اكثر بين الذكور في مجال الطب النفسى الشرعى ، وذلك لمحاولاتهم الامساك بالشخص موضوع الضلال ، فيخالفون القانون بذلك وقد يكون وقوعهم تحت طائلة القانون بسبب محاولات حمقاء يبذلونها لانقاذ الشخص موضوع الضلال من خطروهمى .

(٢) العظمة الضلالية (Grandiose) :-

يعتقد الشخص بما لا يدع مجالا للشك أنه عظيم ولكنه غير معروف ، أو أنه اكتشف اكتشافات هامة ، ويتقدم احيانا لهيئات حكومية ليسجل هذه الاكتشافات (الوهمية) ، وقد يعتقد أنه على علاقة خاصة بشخص بارز (كنجم سينما مشهور أو أنه مستشار لرئيس الدولة) ، وقد تحمل ضلالات العظمة محتوى عقائديا (دينيا) يسيطر بها الشخص على مجموعات من الناس و يصبح قائدا لها .

(٣) الغيرة الضلالية : (Jealous) :-

وفى هذا النوع يكون المضطرب مقتنعا تماما ودون سبب بان زوجته أو محبوبته تخونه ، ويجمع أدلة واهية ليؤكد خيانتها و يقوى من ضلالاته بهذه الأدلة ، وغالبا يقدم على خطوات غير عادية تحت سيطرة الضلالات فيواجه زوجته بذلك وقد يحبسها فى المنزل و يغلقه عليها ، أو يمنع خروجها بمفردها أو يتبعها سرا ، وكثيرا ما يعتدى عليها بالضرب .

(٤) الاضطهاد الضلالي : (Persecutory) :-

وهو أكثر أنواع الاضطراب الضلالي شيوعا ، وقد تكون الضلالات بسيطة أو معقدة ، وعادة تشمل موضوعا واحدا أو مجموعة موضوعات مرتبطة ببعضها ، مثل أن هناك من يتآمرون ضده ، أو من يحتال عليه أو يتجسس عليه أو يتبعه أو يهدس

له سما أو عقارا ، أو يحقد عليه بخبث أو يضايقه أو يعترضه في تحقيق أهدافه .. في بعض الحالات تكون بؤرة الضلالة هي العدل أو الحق الذي يتطلب موقفا قضائيا وهذا ما يطلق عليه البارانوى كثير التشكى (Querulous Paranoia) ، وهؤلاء الاشخاص غالبا يندمجون في مجالات متكررة للحصول على الاشباع بواسطة الشكوى امام المحاكم والهيئات الحكومية الأخرى ، وأصحاب الضلالات الاضطهادية غالبا عدوانيون سريعوا الغضب و يلجأون للعنف ضد من يعتقدون انهم يؤذونهم .

(٥) الضلالية الجسمية : (somatic type) :-

وتحدث الضلالات الجسمية بأشكال مختلفة أكثرها شيوعا اقتناع الشخص خطأ أنه تخرج منه رائحة كريهة من جلده أو من فمه أو من فتحة الشرج أو من الفرج ، أو أنه لديه عدوى الحشرات على جلده ، أو أنه لديه عدوى طفيلية داخلية ، أو أن جزءا من جسمه قبيح الشكل أو أن جزءا من جسمه (مثل الأمعاء الغليظة لا تعمل ، وعادة مرضى الضلالات الجسمية يذهبون إلى الأطباء العضويين للعلاج ، أو لجراح تجميل لتصحيح الجزء الذي يتصور أنه قبيح فيجد الجراح أن الجزء لا يحتاج الى تصحيح وأن أى تدخل جراحى سوف يحدث تشوها فيرسله إلى الطبيب النفسى .

الانتشار:

يعد الاضطراب الضلالى غير شائع الانتشار، حيث قدرت نسبته في الولايات المتحدة الأمريكية (٣ و ٠ ٪) ، وربما يكون السبب أن حالاته لا تمثل للتشخيص الاكلينيكى ، وهو أكثر بين الاناث وبين الأقارب من الدرجة الأولى .

المسار والاعاقه :-

عادة يبدأ الاضطراب الضلالى فى متوسطى العمر (٤٠ - ٥٥) وقد يبدأ مبكرا ، أو متأخرا عن ذلك ، ومساره متفاوت من حالة لأخرى ، فأحيانا يصبح مزمننا (خاصة النوع الاضطهادى) ، وأحيانا يمر بفترات من الهوادة يعقبها فترات

أخرى من الاشتداد، وفي بعض الحالات يظل الاضطراب شهورا قليلة ثم يختفى دون انتكاس .

ونادرا ما يعوق الاضطراب الضلالي الاداء اليومي للشخص ، حيث أن ذكاء الشخص وقدرته الوظيفية لا تتأثر حتى عندما يصبح الاضطراب مزمنًا ، ولكن الذى يتأثر غالبا هو علاقات الشخص الاجتماعية والزوجية ، وبصفة عامة فإن المصابين بهذا الاضطراب عاديون في مظهرهم وسلوكهم ما لم تناقش ضلالاتهم .

التشخيص :-

يشخص الاضطراب الضلالي في حالة الضلالات غير مفرطة الغرابة التي تستمر لمدة شهر على الأقل ، وإذا وجدت هلاوس تكون غير بارزة (كالتى في مرض الفصام) ، والسلوك والتصرفات ليست غريبة الا فيما يتعلق بالضلالات من سلوكيات ، وإذا صاحبها اضطراب وجدان تكون مدته قصيرة بالمقارنة بمدة الاضطراب الضلالي ، ولا تنطبق مواصفاتها (الحالة) على الفصام وليس هناك سبب عضوى لها .. ويحدد أحد الأنواع السابقة .

التشخيص الفارق : قد تتشابه الحالات الآتية مع الاضطراب الضلالي :-
١ - الاضطراب العقلى العضوى : خاصة الخرف في مراحله الأولى والاضطراب الضلالي العضوى (مثل الناشئ عن تعاطى الامفيتامين أو ورم بالمخ) قد يتشابهان مع الاضطراب الضلالي ولكن وجود السبب العضوى يميز بينهما

٢ - الفصام (النوع الاضطهادي) أو الاضطراب فصامى الشكل ولكن يميزها عن الاضطراب الضلالي وجود هلاوس بارزة أو ضلالات مفرطة الغرابة ، مع تدهور الأداء الوظيفى والاجتماعى للشخص .

٣ - اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية : حيث تكون الضلالات أيضا غير مفرطة الغرابة ولا يصاحبها عادة هلاوس بارزة ، فالتمييز هنا يعتمد على العلاقة الأساسية بين الاضطراب الوجدانى والضلالات ، حيث أن بدء اضطراب الوجدان يسبق ظهور الأعراض الذهانية و يظل موجودا بعد تحسنها ،

واضطراب الوجدان يكون شديدا (هذا في حالة اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية) ، أما في حالة الاضطراب الضلالي فإن أعراض اضطراب الوجدان أخف حدة ، ومدته قصيرة (ان وجد) بالمقارنة بمدة الاضطراب الضلالي .

٤ - اضطراب توهم اختلال شكل الجسم (Body dysmorphic disorder) : وهو الانشغال بقصور متخيل في مظهر الجسم أو في عضو منه ، ولكنه يتميز عن النوع الجسماني من الاضطراب الضلالي أن توهمه ليس في درجة الضلال حيث يمكن اقناعه أن انشغاله وتوهمه لا مبرر له .

٥ - اضطراب الشخصية البارانونية (الاضطهادية) :-
حيث توجد أفكار اضطهادية أو خيانة مرضية ولكن لا تصل إلى درجة الضلال .

٦ - الاضطراب الذهاني غير المصنف في مكان آخر: يشخص إذا كانت المدة أقل من شهر والضلالات غير مفرطة الغرابة ، ولا توجد ضغوط اجتماعية نفسية واضحة كما في حالة التفاعل الذهاني قصير المدى .

أسباب الاضطراب الضلالي :-
أسباب الاضطراب الضلالي ليست معروفة إلى الآن ، وهناك اتجاه يقول بأنها أحد أنواع الفصام أو اضطراب الوجدان الفرعية ، إلا أن الدراسات الأسرية أشارت إلى أن الاضطراب الضلالي مستقل عنها ، حيث لوحظ أنه لا يزداد حدوث الفصام واضطراب الوجدان في عائلات مرضى الاضطراب الضلالي ، ولم يلاحظ زيادة حدوث الاضطراب الضلالي في عائلات مرضى الفصام ، كما أن هذا الاضطراب لا يتحول إلى الفصام أو اضطراب الوجدان إلا نادرا ، وبدايته في سن متأخرة عما هي في الفصام واضطراب الوجدان ، كل هذا يرجح أن الاضطراب الضلالي ليس أحد أنواع الفصام أو اضطراب الوجدان .

وهناك محاولات بيولوجية لربط ما يحدث في هذا الاضطراب من ضلالات مركبة وما يحدث في بعض حالات الأمراض العصبية خاصة التي تشمل الجهاز الطرفي والنوى القاعدية ، ولكن التفسيرات النفسية الدينامية أكثر اسهاما في هذا

الاضطراب ، حيث لوحظ أن هؤلاء الأفراد لديهم حساسية زائدة مع شعور بعدم الامان ، مثل الخوف من أن يصبح جناسى مثل (لواطى) (homosexual) ، ولوحظ أن الانا (Ego) يتخذ حيلة دفاعية هي التكوين العكسى والاسقاط والانكار، ورغم أنه لا توجد ادلة بحثية تقرر العلاقة السببية بين عوامل دينامية محددة وحدوث الأعراض الضلالية إلا أن الخبرة الاكلينيكية تشير إلى ان المرضى يفيدون من العلاج النفسى .

ولقد اعتبر (فرويد) أن تكون الضلال الاضطهادى دفاع ضد الميول الجنسية المثلية باستخدام حيل الانكار والاسقاط الدفاعية هكذا .

- (١) شعور (أنا أحبه) يتم انكاره ، ويتغير بواسطة التكوين العكسى الى
- (٢) أنا لا أحبه ، أنا اكرهه .. هذا الشعور يتحول خلال الاسقاط الى
- (٣) لست أنا الذى اكرهه ، هو الذى يكرهنى .. وهذا هو ما يظهر فى مرض
- (٤) انه يضطهدنى . وبدلا من استشعار الميول الجنسية المثلية السالبة فإن المريض يرفض حب أى شخص عدا نفسه .

أما فى ضلالات الحب يغير الشعور (أنا أحبه) الى (أنا أحبها) وهذا الشعور خلال الاسقاط يصبح (هى تحبنى) .. وفى ضلالات الغيرة محاولة لابعاد تهديد الميول الجنسية المثلية ، حيث يتغير شعور (أنا أحبه) الى (أنا لا أحبه) (هى تحبه) .. ونفس هذه الديناميات النفسية فى حالة الاناث .
ويذكر أحد الباحثين أن هناك سبعة أشياء تسهم فى حدوث الاضطراب الضلالى هى :-

- ١- زيادة توقع المعاملة القاسية .
- ٢- العزلة الاجتماعية .
- ٣- وجود مواقف تزيد من عدم الثقة والشك .
- ٤- وجود مواقف تزيد من الحسد والغيرة .
- ٥- وجود مواقف تقلل من اعتبارات الذات .

٦ - وجود مواقف تبرز للشخص تقصيره بالنسبة للآخرين .

٧ - وجود مواقف تزيد القابلية للاجترار (إعادة التفكير مرارا) حول المعانى المحتملة والدوافع .

و يرى أن تآلف أى من هذه المواقف يؤدى إلى احباط لا يمكن للشخص تحمله ، فيصبح قلقا منسحبا و يسقط في يديه أن هناك شىء ما خطأ و يبحث عن تفسير لذلك ، فتكون الضلالات التى تقدم الحل ، وظهور الضلالات (مشتملة على أشخاص وهميين ودوافع وهمية) بنتج عنه تكون مايسمى المجتمع الزائف (Pseudocommunity) .

وأشارت الملاحظة الاكلينيكية أيضا أن بعض المرضى البارانويين يخبرون نقصا في الثقة في استقرار العلاقات ، يعزى للجو الأسرى العدائى المستمر فغالبا ماتكون الأم مسيطرة والأب متباعد (أو غائب) أو سادى ، حيث يستخدم التكوين العكسى كدفاع ضد العدوان والحاجة للاعتمادية ومشاعر العطف ، فالحاجة إلى الاعتمادية تحول الى استقلال مبالغ فيه ، والانكار يستخدم لتجنب الوعى بالواقع المؤلم ، و يسقط رفضه وغضبه على الآخرين ، والاسقاط هنا لحماية الشخص من التعرف على النزعات غير المقبولة في نفسه .

فالشعور بالدونية تؤدى من خلال التكوين العكسى والاسقاط إلى ضلالات العظمة وضلالات الحب استبدال لمشاعر الرفض (أو اسقاط للحب النرجسى المستخدم كدفاع ضد نقص اعتبار الذات والانجراح) أما الضلالات الجسمانية فتفسر ديناميا كنكوص إلى النرجسية الطفلية ، حيث يسحب المريض ارتباطه العاطفى بالآخرين و يركزه على جسمه في ضلالات .

العلاج :-

يدخل المريض مستشفى إذا كانت هناك خطورة منه على نفسه أو على الآخرين (الانتحار أو القتل) .. و يعطى مطمئنتات عن طريق الحقن إذا كان في حالة (هياج) .

أما في الحالات غير الخطيرة فيكون المعالج علاقة ثقة مع المريض أولاً ، ثم يصف له عقاقير من مضادات الذهان و يوضح له أعراضها الجانبية حتى لا يشك في نوايا الطبيب عند ظهور الأعراض الجانبية ، و يكون البدء بجرعات صغيرة وتزداد ببطء حتى تتحقق درجة مناسبة من التحسن ، وإذا فشل العلاج لمدة ستة أسابيع تعطى مجموعة أخرى من مضادات الذهان ، و يلاحظ أن سبب الفشل عادة هو عدم تعاطي العلاج ، و يصاحب ذلك العلاج النفسي الفردي .



الفصل الرابع

مقدمة :-

فتاة في الثامنة عشرة من عمرها طالبة بالصف الثالث الثانوى ، تعرضت لصدمة عاطفية من اسبوع مضى ، فأصابها الأرق وأصبحت تسمع أصواتا تنادى عليها لا يسمعها من حولها ، مع شعورها باضطهاد من المحيطين بها المصحوب بالخوف ، مع تصرفات غريبة من صراخ وهياج ورسم على جسدها .. بفحصها لوحظ أنها مشتتة الانتباه ومضطربة الاهتداء بالنسبة للزمان والمكان مع افكار اضطهادية وارتيابك وقلق وعدم استبصار واضطراب الحكم على الأمور .

هذا مثال لحالة اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

الاضطرابات الذهانية غير المصنفة في مكان آخر

وهي مجموعة من الاضطرابات التي لم يمكن (حتى الآن) تصنيفها ضمن المجموعات الذهانية الأخرى (الاضطراب العقلي العضوي والفصام والاضطراب الضلالي أو الاضطراب الوجداني المصاحب بأعراض ذهانية) وهي: -

- ١ - تفاعل ذهاني قصير المدى (Brief Reactive Psychosis) .
- ٢ - الاضطراب فصامي الشكل (Schizophreniform disorder) .
- ٣ - اضطراب الفصام الوجداني (Schizoaffective disorder) .
- ٤ - الاضطراب الذهاني المستحث (Induced Psychotic disorder) .
- ٥ - الاضطراب الذهاني الذي لا يمكن تحديده كنوع مختلف (غير المطابق للأنواع السابقة) (Atypical Psychosis) (Psychotic disorder not otherwise specified)

١ - التفاعل الذهاني قصير المدى (محدود المدة)

و يتميز ببداية حادة لأعراض ذهانية بعد ظرف ضاغط في حياة المريض ، وتظل لمدة تقل عن شهر، ونظرا لارتباط هذا الاضطراب بظروف ضاغطة كان يطلق عليه (الذهان التفاعلي) أو (الذهان المستيري) أو (ذهان الانضغاط) .

الصورة الاكلينيكية :-

عبارة عن أعراض ذهانية ذات بداية حادة تمتد لعدة ساعات ولا تزيد عن شهر، ثم يعود الشخص لكامل أدائه الوظيفي بنفس مستوى ما قبل المرض وتظهر الأعراض بعد ظروف ضاغطة ، وتكون في هيئة هلاوس وضلالات وتقلب انفعالي بشكل حاد ، وقد يكون الشخص مرتبكا أو متغيم (Confused) ، و يعرف من الطريقة التي يستجيب بها لما يطلب منه .. و يصاحب ذلك سلوك غريب من اتخاذ أوضاعا غريبة ، أو ارتداء ملابس غريبة ، أو الصراخ ، أو البكم ، أو اخراج أصواتا لا معنى لها أو تكرار مقاطع من جمل لا تفيد معنى ، والوجدان غير مناسب غالبا واضطراب الاهتداء والذاكرة الحديثة ، واجابته على الاسئلة قد تكون سخيفة ومختلفة .

الانتشار:

ينتشر التفاعل الذهاني محدود المدة في الطبقات الاجتماعية الدنيا ، وفي أصحاب الشخصيات المنتشرة (الهستيرية والرجسية والاضطهادية وفصامية النوع والحدية) وفيمن تعرضوا لكوارث سابقة ، أو خبروا تغيرا حضاريا ..

المسار والاعاقة :

يحدث هذا الاضطراب في المراهقة أو بداية الرشد ببداية حادة لأعراض ذهانية ، بعد ظرف ضاغط بساعات قليلة ، وتختفى الأعراض الذهانية في غضون أيام قليلة ، ولا تظل أكثر من شهر ، وأحيانا يعقبها أعراض اكتئاب أو فقد الثقة بالنفس ، ولكن الشخص يعود لأدائه الوظيفي السابق خلال شهر .

أسباب التفاعل الذهاني المحدود :-

- وجود تهيئة في اضطراب الشخصية (السابق ذكره) .
- وجود ظروف ضاغطة نفسية أو اجتماعية .
- ديناميا لوحظ وجود حيل دفاعية غير مناسبة مع احتمال المكسب الثانوي لهؤلاء المرضى (مثل تعاطف الآخرين مع المريض واعفائه من المسئوليات) .

التشخيص الفارق : قد يختلط التفاعل الذهاني المحدود مع الاضطرابات الآتية :

١ — الاضطرابات العقلية العضوية : خاصة الهذيان والاضطراب الضلالي العضوى والانسحاب ، ويتم التمييز على أساس التاريخ المرضى أو المعمل الذى يشير إلى وجود عامل عضوى .

٢ — نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب العظمى : قد تتشابه مع التفاعل الذهاني المحدود ، ولكن عند اختلاط الأمر يجب إعطاء الهوس والاكتئاب أولوية في التشخيص على التفاعل الذهاني المحدود ، خاصة إذا وجدت دلالاتها التشخيصية سواء كانت مصاحبة بظروف ضاغطة أم لا .

٣- اضطراب الأعراض النفسية المستحدثة (Factitious Disorder) : حيث يظهر الشخص أعراضاً مرضية عن قصد تحت تأثير ظروف ضاغطة .

٤- ادعاء المرض (Malingering) : حيث يدعى الشخص أعراضاً ذهانية ولكن عادة هناك برهان على وجود هدف واضح يكمن خلف الأعراض .

العلاج :

قد يلزم ادخاله مستشفى إذا كانت الأعراض شديدة أو بفرض التشخيص ، والطمأنة التي يوفرها جو المستشفى قد تكون كافية مع جرعات قليلة من مضادات الذهان ، ويمكن سحب هذه العقاقير تدريجياً بمجرد تحسن الأعراض الذهانية ، على أن يصاحبه علاج نفسى لمساعدة المريض على التخلص من الحيل الدفاعية غير الناضجة (مثل النكوص) وتقليل نقص اعتبار الذات وزيادة الثقة بالنفس .

٢- الاضطراب فصامى الشكل

يشبه هذا الاضطراب مرض الفصام من حيث الموصفات ولكنه يختلف عنه فى المدة حيث أن مراحل المرض الثلاثة (المنذرة والنشطة والمتبقية) لا تصل إلى ستة شهور وتميز هذا الاضطراب عن الفصام منذ عام (١٩٣٩) بواسطة (جابريل لانجفيلد) (Gabriel lang feldt) الذى لاحظ أن المريض قبل المرض كان تاريخه حسن .

الصورة الاكلينيكية :-

تشبه صورة الاضطراب الفصامى الشكل مرض الفصام تماماً ، والاختلاف يكون فى مدة الاضطراب التى تقل عن ستة شهور ، ويتم شفاء الشخص وعودته إلى سابق أدائه الوظيفى والاجتماعى .. ولذا فإن أى مريض تنطبق عليه موصفات الفصام ولم يكمل مدة ستة شهور يشخص مبدئياً على أنه اضطراب فصامى الشكل ، وحين يكمل فترة الشهور الستة يغير التشخيص إلى فصام .

المسار والاعاقة :

عادة تكون بداية الاضطراب فصامى الشكل حادة ، وتسبب الأعراض الذهانية للشخص خلالا فى الأداء الوظيفى والاجتماعى خلال فترة تواجدها التى لاتزيد عن ستة أشهر و يعود الشخص إلى سابق أدائه الوظيفى والاجتماعى ، لأن مآل هذا الاضطراب هو التحسن دائما ، وهناك خطورة على هذا المريض من الانتحار خلال فترات اشتداد الأعراض أو فترات الاكتئاب التى تتبع الأعراض الذهانية .

الانتشار:

لا توجد أرقام تشير إلى مدى انتشار هذا الاضطراب بدقة ولكن يعتقد الباحثون أنه يقل فى انتشاره عن مرض الفصام بكثير، وهو أكثر انتشاراً فى المراهقة وبداية الرشد .

التشخيص الفارق :-

١ - الفصام : حيث أن مواصفات كل من الفصام والاضطراب فصامى الشكل لا تختلف إلا من حيث مدة المرض ، بالإضافة إلى أن الاضطراب فصامى الشكل يتميز بالارتباك الانفعالى والخوف والتغيم (confusion) ووجود الهلاوس البصرية .

٢ - التفاعل الذهاني محدود المدة : ويميز بينهما بالمدة (فأحدهما يقل عن شهر وهو التفاعل الذهاني المحدود والآخر لا يزيد عن ستة شهور وهو الاضطراب فصامى الشكل) ، كما أن التفاعل الذهاني المحدود عادة لا يمثل بكل الأعراض الذهانية المميزة للمرحلة النشطة من الفصام .

الأسباب :

سبب الاضطراب الفصامى الشكل غير معروف ، وتشير الدراسات القليلة المتاحة إلى أن هؤلاء المرضى مجموعة غير متجانسة ، فبعضهم يشبهون مرضى الفصام بينما البعض الآخر يشبهون مرضى اضطراب الوجدان .

العلاج :-

قد يلزم ادخال المريض مستشفى لاتمام العملية التشخيصية ، أو بتنفيذ العلاج ، أو لحماية المريض من نفسه .. وتعطى مضادات الذهان التى يتم سحبها تدريجيا بعد التحسن (الذى يحدث خلال ستة شهور) ، وقد يلزم اعطاء صدمات كهربائية محدثة للتشنجات (E.C.T) للمرضى الذين يظهرون أعراض كتاتونية بارزة .. والعلاج النفسى لهؤلاء المرضى فى غاية الأهمية لمساعدتهم فى التوافق النفسى والاجتماعى بعد خبرة الذهان .

وبداية المرض مفاجئة وتحت تأثير ظروف ضاغطة وأن مآل المرض هو التحسن .. والدراسات الحديثة فى مجال الجينات والأسرة متضاربة فبعضها يشير أن الاضطراب فصامى الشكل منفصل عن الفصام وبعضها الآخر يشير إلى أن الاثنان مرتبطان .

٣- اضطراب الفصام الوجدانى

يشخص بهذا الاضطراب المرضى الذين يجمعون بين ملامح كل من الفصام واضطراب الوجدان حيث وصفه (كيربى) (Kirby) (١٩١٣) و (هوخ) (Hoch) (١٩٢١) وصنفاه ضمن ذهان الهوس والاكتئاب ، حسب تصنيف (كريبلين) لملاحظتهم أن هؤلاء المرضى لا يتدهورون كما يحدث فى مرضى الخرف المبكر (Dementia precox) ، وفى عام (١٩٣٣) وصف (كسانين) (Ksanin) مجموعة من المرضى بأعراض كل من الفصام واضطراب الوجدان ، التى ترسبت تحت تأثير ظروف ضاغطة ، وكانت بدايتها حادة ، مع تاريخ عائلى من اضطراب الوجدان فى بعض الحالات ، وتم شفاء هذه الأعراض ، وشخصهم كنوع فرعى من الفصام ، ومنذ ذلك الحين تشخص هذه الحالات على أنها فصام وجدانى أو فصام غير نمطى ، أو فصام ذو مصير حسن أو فصام متراجع ، أو ذهان دورى ، وهذه التسميات كلها أكدت علاقة هذا الاضطراب بالفصام أساسا ، ولكن فى عام (١٩٧٠) لوحظ أن أملاح الليثيوم تظهر تحسنا ملحوظا لهذه الحالات مما دفع بهذا الاضطراب خطوات فى اتجاه الاضطرابات الوجدانية كما أن تسمية هذا الاضطراب حسب (DSMIII -R) (Schizomood disorder) ولكن مازالت التسمية القديمة تستخدم وهى (Schizoaffective) .

الصورة الاكلينيكية :-

يمثل اضطراب الفصام الوجداني بأعراض كل من الفصام واضطراب الوجدان دون سبب عضوى ترجع إليه هذه الاعراض ، وهناك حالات يكون الشق الوجداني فيها ثنائى القطبية وهى أكثر انتماءا لاضطراب الوجدان من الحالات التى يكون فيها الشق الوجداني اكتئابى .

الانتشار:

لوحظ أن تشخيص الفصام الوجداني يكثر عندما يكون الأخصائى غير متأكد من التشخيص ، ولكن انتشاره يقل عن الفصام و يستوى فيه الذكور والاناث .

المسار والمآل :

عادة يبدأ هذا الاضطراب فى بداية الرشد ، ويميل فى مساره لأن يكون مزمنأ ، ولكن مآله أفضل من الفصام وأقل من اضطراب الوجدان .

التشخيص الفارق :

- ١ - اضطراب عقلى عضوى : حيث يمثل كل منهما بأعراض ذهانية مفرطة الغرابة واضطراب وجدان بارز ، ولكن فى الفصام الوجداني ليس هناك عامل عضوى بدأ الاضطراب أو حافظ على استمراره .
- ٢ - الفصام : حيث يتشابهان فى الشق الفصامى ، ولكن الاختلاف يكون فى وجود الشق الوجداني فى الفصام الوجداني .
- ٣ - اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية : ولكنه يتميز بعدم وجود فترة أسبوعين على الأقل فيهما ضلالات أو هلاوس بارزة دون أعراض اضطراب وجدان بارزة .
- ٤ - الاضطراب الضلالي : يتميز بأن الأعراض الذهانية محدودة وغير مفرطة فى الغرابة .

السبب :

يعتبر سبب اضطراب الفصام الوجداني غير معروف ولكن توجد خمسة احتمالات :

- ١- أن الفصام الوجداني أحد أنواع الفصام .
- ٢- أن الفصام الوجداني أحد أنواع اضطراب الوجدان .
- ٣- مرضى هذا الاضطراب لديهم كل من الفصام واضطراب الوجدان .
- ٤- قد يمثل مرضا عقليا منفصلا عن الفصام واضطراب الوجدان .
- ٥- اعتبار هؤلاء المرضى مجموعة غير متجانسة بعضهم لديه فصام والبعض الآخر اضطراب وجدان .

والدراسات التي صممت لدراسة هذه الاحتمالات الخمس ، ركزت على التاريخ العائلي والمؤشرات البيولوجية والاستجابة للعلاج والمآل على المدى البعيد .. ويلاحظ أن أكثر الاستنتاجات قبولا من هذه الدراسات هو اعتبار أن هؤلاء المرضى المصابين بالفصام الوجداني مجموعة غير متجانسة ، بعضهم لديهم فصام مع أعراض اضطراب وجدان بارزة والآخرين لديهم اضطراب وجدان مع أعراض فصام بارزة .

العلاج :

قد يلزم ادخال المريض مستشفى مع اعطائه علاجا كيميائيا (مضادات الاكتئاب ومضادات الهوس) ، مع العلاج النفسي والاجتماعي .

٤- الاضطراب الذهاني المستحث

وهو اضطراب ضلالي يحدث للمريض نتيجة لعلاقته الوثيقة بشخص آخر هو صاحب هذه الضلالات أصلا ، أى أنه هو المريض الأصلي وشاركه مريضنا ضلالاته ، ولذا كان يسمى هذا الاضطراب بالبارانوى المشترك (Shared Paranoid disorder) ، ولقد وصف هذا الاضطراب أول مرة عام (١٨٧٧)م

بواسطة أطباء النفس الفرنسيين وأطلقوا عليه (Folie a deux) ، وهناك أسماء أخرى أطلقت على هذا الاضطراب منها (الجنون المزدوج) (double insanity) و (الذهان المرتبط) (psychosis of association) .

الصورة الاكلينيكية :-

أهم ما يميز صورة الاضطراب الذهاني المستحث الاكلينيكية هو وجود ضلالات لدى الشخص كنتيجة لعلاقته الوثيقة بآخر (The Primary Case) ، الذي لديه فعلا اضطراب ذهاني وضلالات بارزة ، وهذه الضلالات مشتركة بين الشخصين ولا يشخص بهذا الاضطراب من يمثلون بأعراض اضطراب ذهاني أو أعراض منذرة للفصام قبل بدء الضلالات مباشرة .

محتوى هذه الضلالات في حدود الممكن ، وغالبا يبنى على الخبرة الماضية المشتركة للشخصين ، وأحيانا يمكن أن تكون الضلالات المستحثة مفرطة في الغرابة ، وعادة يكون الشخص المضطرب أساساً مسيطرأ في العلاقة التي بينهما ، ويميل ضلالاته تدريجيا على الآخر (الطرف السالب في العلاقة) ، وعادة يحدث هذا بعد فترة من تعايشهما معا وانعزالهما وعدم احتكاكهما بالناس الآخرين .

وعندما يتم عزل مضطرب الذهان المستحث عن المضطرب الأصلي تتناقص حدة الضلالات لديه ، والشائع أن هذا الاضطراب يحدث في علاقة شخصين فقط (أحدهما أصلي والآخر تابع) (Folie a deux) ، ولكن سجلت حالات لأكثر من تابع (أى لديهم ذهان مستحث) قد تصل إلى اثنا عشر شخصا (Folie aduze) وقد تشمل أسرة (Folie a Famile) . والمصابون بهذا الاضطراب نادرا ما يبحثون عن علاج ، والحالات التابعة عادة تظهر للضوء عندما يعالج الشخص الأصلي .

الانتشار:-

يعد الذهان المستحث اضطراباً نادراً ولكنه يكثر بين الإناث وفي الطبقات الاجتماعية الدنيا ، والمصابون بعاهات جسمانية أكثر عرضة لاعتمادهم على الآخرين ، وتزيد نسبة الانتشار بين فردين من أسرة واحدة تصل إلى (٩٥ %) من الحالات .

المسار والمآل :-

عادة المسار مزمن والبداية فى أى سن ، ورغم أن هناك قول شائع بأن فصل التابع المصاب بالذهان المستحث عن المضطرب الأصيل والمسيطر فى العلاقة ينتج عنه تحسن ، إلا أن الدراسات الاكلينيكية قررت نسبة شفاء قليلة من (١٠ ٪) الى (٤٠ ٪) فقط ، ولكن عدم التحسن بعد الفصل يحتم اعادة النظر فى التشخيص فقد يكون اضطرابا ضلاليا أو فصام .

التشخيص الفارق :-

يجب تمييزه عن الاضطراب الضلالى والفصام والفصام الوجدانى الذى لا توجد فيهم علاقة وثيقة مع شخص مسيطر ، وإذا وجد هذا فإن الأعراض الذهانية (أو الأعراض المنذرة فى حالة الفصام) تسبق بداية أى ضلالات مشاركة (أو تابعة) .

السبب :-

عادة السبب نفسى اجتماعى ، لوجود شخصين أحدهما مسيطر والآخر تابع ، والعلاقة بينهما حميمة ، وارتباطهما بالعالم الخارجى معدوم ، وهناك مكسب متبادل لكلا الشخصين ، ويسعى التابع ليحوز القبول من الشخص المسيطر .

العلاج :-

يلزم فصل الشخص المصاب بذهان مستحث عن مصدر الضلالات (الشخص المسيطر) ، وتعطى العقاقير المضادة للذهان إذا لزم فقط ، ولكن العلاج النفسى هام جدا لمساعدة المريض فى التخلص من ضلالاته المستحثة والارتباط بالواقع الخارجى والعالم من حوله .

٥ - الاضطراب الذهاني غير المطابق

وهى مجموعة من المتلازمات المتناثرة التى تحوى أعراضا ذهانية (مثل الضلالات أو الهلاوس أو عدم اتساق التفكير أو السلوك المضطرب) ، ولا يمكن تصنيفها ضمن أحد الأنواع المحددة سابقا (الفصام أو غيره) ، ويمكن أن تستخدم

هذه المجموعة لحالات الذهان التى لا تتوفر معلومات كافية لتشخيصها ، فهذا أفضل من تأجيل التشخيص وتشمل هذه المجموعة ما يلى :

- ١ — متلازمات تحدث فقط فى وقت معين (مثل ذهان مابعد الولادة) .
- ٢ — متلازمات محددة ولكنها محصورة فى ثقافات معينة .
- ٣ — ذهان مع أعراض غير معتادة مثل هلاوس سمعية ثابتة .
- ٤ — ذهانات يبدو أنها تخص مجموعة تشخيصية محددة ولكن بها بعض الأعراض التى لا يمكن تجاهلها ولا تتفق مع المجموعة المحددة (مثل الذهان الدورى غير النمطى) .
- ٥ — ذهانات لا يوجد عنها معلومات تكفى لعمل تشخيص محدد .

١ — ذهان مابعد الولادة

(Post — Partum Psychosis)

لزمة اكلينيكية تحدث بعد الولادة وتتميز بضلالات واكتئاب شديد مع أفكار لا يذاء الطفل الوليد أو النفس .

الصورة الاكلينيكية :-

عادة تظهر الأعراض فى اليوم الثالث للولادة ، وتبدأ بالأرق وعدم الاستقرار والشعور بالاجهاد وتقلب الوجدان مع نوبات من البكاء ، أما الأعراض المتأخرة فتشمل الشك والارتباك وعدم الاتساق فى التفكير ، والانشغال بأفكار وسواسية حول صحة الطفل ، أو عدم الرغبة فى العناية به وعدم حبه ، أو الرغبة فى إيذائه (الوليد) ، والضلالات فحواها أن الطفل ميت أو مشوه أو إنكار أنه وليدها ، مع أفكار مسيطرة بأنها لم تتزوج بعد أو أنها مازالت عذراء ، وقد تكون الأفكار أو الضلالات اضطهادية أو هناك من يؤثر عليها ، أو أنها تنتمى للجنس الآخر ، مع الهلاوس التى قد يكون محتواها مماثل لمشاعر العداة تجاه وليدها فتأمرها بقتله .

الانتشار:-

يحدث ذهان مابعد الولادة فى (١ — ٢) فى كل ألف من الولادات ، ويزداد

خطر احتمال حدوث هذا الاضطراب إذا كان قد حدث للمريضة في ولادة سابقة أو حدث لأمها ، وفي حالة وجود تاريخ سابق لاضطراب الوجدان ، وذهان مابعد الولادة يحدث أساسا للأمهات ولكن سجلت حالات نادرة للأباء .

المسار والمضاعفات والمآل :-

عادة تسبق الأعراض الذهانية المتأججة بعلامات منذرة مثل الأرق وعدم الاستقرار والفوران الداخلي وتقلب الوجدان وخلل معرفي ، وبمجرد اكتمال صورة الذهان قد تصبح المريضة خطرة على نفسها أو وليدها طبقا لمحتوى الهلاوس ودرجة الفوران الداخلي .. فلقد سجلت إحدى الدراسات أن (٥ ٪) قتلن أنفسهن وأن (٤ ٪) قتلن وليدهن .

و يلاحظ أن المآل في حالات ذهان مابعد الولادة يعتمد على تماسك الشخصية وتكيفها قبل المرض وغياب الفصام واضطراب الوجدان ، بالإضافة إلى أن الارتباط الأسرى الذى يدعم المريض يساعد في الوصول إلى مآل حسن لحالة المريضة ، إلا أن الولادة التالية غالبا ما يصاحبها حدوث نوبة أخرى .

التشخيص الفارق :-

الاضطرابات الآتية يمكن أن تشبه ذهان مابعد الولادة ويجب تمييزه عنها وهى :-

- ١ - اضطراب الوجدان أو الفصام كانتكاس حدث بعد الولادة .
- ٢ - اكتئاب مابعد الولادة (Post — Partum depression) .
- ٣ - نقص نشاط الغدة الدرقية .
- ٤ - لزمة كوشنج (Caushing's) التى قد تحدث بعد الحمل .
- ٥ - الاكتئاب الناتج عن تعاطى عقاقير مثل مخفضات الضغط المرتفع .
- ٦ - عدوى أثناء الولادة أو بعدها ينتج عنها التهاب بالبنخ (encephalopathy)
- ٧ - كآبة مابعد الولادة (Post — Partum blues) : وتحدث لنسبة (٥٠ ٪) من الوالدات بعد ولادتهن ، وتتميز بالبكاء والاجهاد والقلق وسرعة الاستشارة وتبدأ بعد الولادة بفترة قصيرة وتظل أيام قليلة ثم يتم شفائها تلقائيا .

السبب :-

يعتقد أن أغلب هؤلاء المرضى لديهم مرض عقلي غير ظاهر (تحت السطح) و يظهر عندهن بعد ضغط الولادة ، واقترح أن السبب هو النقص المفاجيء في هرمونى الاستروجين والبروجستيرون بعد الولادة ، ولكن اعطاء هذه الهرمونات لم ينجح كعلاج لهذا الاضطراب .

وتشير الدراسات السيكودينامية إلى دور لمشاعر الصراع للأم حول خبرات الأمومة ، خاصة إذا كان الزواج تعسا ، فلقد لوحظ أن الشقاق الزوجى يرتبط بزيادة حدوث المرض .. كما لوحظ أنه فى الحالات النادرة من ذهان ما بعد الولادة التى تحدث للأباء يشعر الأب (الزوج) بأنه نحى جانبا بواسطة الطفل وأنه لم يعد محل اهتمام من الأم .

العلاج :-

يعد اضطراب ذهان ما بعد الولادة من الحالات التى تتطلب علاجاً عاجلاً (emergency) ومضادات الاكتئاب هو العلاج المفضل فى المكتئبات ، والحالات التى لديها ميول انتحارية تنقل إلى غرف الملاحظة فى قسم الطب النفسى لمنع محاولات الانتحار ، أما الحالات التى يظهر فيها أعراض الهوس فيفضل اعطاء أملاح الليثيوم مع مضادات الذهان فى الأسبوع الأول من العلاج . تعطى الأم فرصة للتواصل مع طفلها إذا رغبت ولكن تحت الملاحظة ، والعلاج النفسى مفيد خاصة بعد انتهاء الفترة الحادة من الذهان و يتوجه إلى الصراع النفسى ومساعدة الأم فى تقبل دور الأمومة .. مع طلب المساندة لها من الزوج والمحيطين لتقليل مشاعر الانضغاط لديها .

٢ - المتلازمات المرتبطة بثقافات معينة

(١) أموك (Amok) : و ينتشر هذا الاضطراب فى منطقة الملايو حيث يحدث انفجار عدوانى غير مبرر ، فالشخص المصاب به يندفع بسلاح يقتل كل ما يقابله من أشخاص وحيوانات وقد يقتل نفسه فى النهاية ، وهذه النوبة من القتل الأهوج تسبق بفترة من الانشغال والاكتئاب الخفيف ، وبعد النوبة يشعر الشخص بالاجهاد و ينسى تماما ما حدث وغالبا ينتحر .

ويحدث هذا الاضطراب في الرجال من شعب الملايو، كما لوحظ أيضا في أفريقيا ودول المناطق الحارة.. وافترض أن السبب يرجع إلى أن هذه الثقافات تعطى حرية للأطفال في التعبير عن عدوانهم ثم تكبحهم في فترة المراهقة والرشد مما يعرضهم لتفاعلات مرضية. وعلاج هذه النوبة هو في السيطرة عليه جسمانيا، وتنتهى النوبة خلال ساعات قليلة و يلزم علاجه بمضادات الذهان كذهان مزمن .

٢ - كورو (Koro) : وهى حالة من القلق السحاذ التى تتميز بخوف الشخص الذكر من أن قضيبه ينكمش وقد يختفى إلى داخل بطنه وأنه قد يموت . وينشر بين شعوب منطقة جنوب شرق آسيا وبعض مناطق الصين ، كما لوحظ بين أمم الغرب بعض حالات من هذا الاضطراب ، ولا يقتصر على الرجال بل لوحظ فى النساء الخوف من انكماش الأجزاء الخارجية للفرج والثدين . ويرجع هذا الاضطراب لتفاعل عوامل نفسية واجتماعية ودينامية لأشخاص مهيشين ، و يبدو أن للمخاوف الثقافية المرتبطة بالاحتلام وممارسة العادة السرية والانغماس فى التفكير الجنسى .

والعلاج عن طريق الجلسات النفسية وبعض العقاقير وأحيانا تلزم الجلسات الكهربائية وفى بعض الثقافات وصف لعق القضيب باللسان كعلاج لهذه الحالة .

٣ - التوحش (Wihtigo) : وهو اضطراب يصيب بعض الأفراد فيعتقدون أنهم تحولوا إلى وحش عملاق يأكل لحوم البشر خلال فترات الجوع ، وقد يشعر ويعبر عن رغبته الشديدة لأكل لحم آدمى ، وبسبب هذا الاعتقاد تظهر أعراض جسمانية بالجهاز الهضمى مثل فقد الشهية أو الغثيان ، وقد يصبح فى حالة هياج شديدة خوفا من التحول إلى وحش .

٣ - الذهانات ذات العرض الوحيد البارز

وهذه المتلازمات تتكون من عرض ذهاني واحد أو أكثر، وهو عادة هلاوس متكررة أو ضلال واحد، وكانت تسمى سابقا الهوس وحيد العرض (Monomania) وباستثناء هذا العرض الخاص فإن الشخصية تبدو متماسكة .

(١) ذهان رؤية الذات (Autoscopic Psychosis) :-

وفيه يخبر الشخص هلوسيا أنه يرى كل جسمه أو جزءا منه كما لو كان ظاهرا في مرآة ، وهذا الجزء المشاهد يوصف من قبل هؤلاء المرضى على أنه شفاف لالون له ولكنه يرى بوضوح ، و يظهر فجأة ودون سابق انذار ويحاكي حركات الشخص ، و يظل في العادة لثوان قليلة وغالبا عند ظلمة أول الليل وقد يوجد أنماط أخرى من الهلاوس ، و يصاحب ذلك الارتباك والحزن .

وهذه الظاهرة نادرة وبعض الأشخاص قد يخبرونها مرة واحدة في حياتهم ، ويجب استبعاد الإصابة العصبية كسبب لهذا الاضطراب ، خاصة تلك التي تسبب إثارة بعض المناطق في الفصوص الصدغية الجدارية ، وهذه إحدى النظريات لأسباب هذا الاضطراب ، وهناك نظرية أخرى أن الاضطراب يمثل بروزاً لبقايا ذاكرة .. ولوحظ حدوثها لبعض الأشخاص الأسوياء ذو القدرة العالية على التخيل ولبعض أصحاب الشخصية النرجسية تحت ضغوط انفعالية . ونادرا ما يلزم علاج هذه الحالة فليست معيقة وليست اشتدادية ولكن إذا كانت ناتجة عن آفة عصبية يلزم علاجها .

(٢) متلازمة كيجراس (Capgras' Syndrome) :-

الذى وصفت بواسطة الطبيب الفرنسي (Capgras) عام (١٩٢٣) ، وتتميز هذه المتلازمة باقتناع ضلالى أن الآخرون في بيئة الشخص ليسوا هم حقيقة ولكنهم مستبدلين ببدلاء يتقمصون أدوارهم و يتصرفون مثلهم . وهذه المتلازمة نادرة ولكن أغلب حدوثها لدى الاناث ، وتصنف كاضطراب ضلالى وقد تحدث كأحد مظاهر مرض الفصام .

و يرجع سببها إلى خلل اختبار الواقع نتيجة لعملية الذهان ، حيث فسر على أنه خطأ تأويل ناتج عن مشاعر الغربة المختلفة مع ميول اضطهادية لعدم الثقة ، أو أنه ناتج عن اضطراب في وظيفة الفص الجدارى . وعلاج هذا الاضطراب هو علاج الذهان المرتبط به بمضادات الذهان .

(٣) متلازمة كوتارد (Cotard's Syndrome) :

يشكو المصابون بهذا الاضطراب أنهم فقدوا ليس فقط ممتلكاتهم وقوتهم ولكن القلب والدم والأمعاء ، وأن العالم من حولهم تناقص إلى لا شىء ،

والمتلازمة الكاملة تتميز بضلالات الخلود (Immortality) التى يصاحبها أفكار تشير إلى هوس تضخيم الذات (megalomaniac) .
ويرى هذا الاضطراب قبل البداية الحادة لمرض الفصام أو نوبات الاكتئاب ، وهونادر نسبيا وخاصة بعد تقدم مضادات الذهان ، وقد يلاحظ فى متلازمات الاضطرابات العقلية العضوية الخاصة بالشيخوخة وما قبلها ، والسبب غير معروف و يصنف كاضطراب ضلالي عدى .
وعادة يظل لأيام أو أسابيع قليلة و يستجيب للعلاج الذى يؤثر فى الاضطراب الأسمى الذى هو جزء منه (الفصام أو الاكتئاب) ، والشكل المزمن منه يرتبط بمتلازمات الدماغ العضوية مثل مرض الزهايمر .

٤ - الذهان الدورى غير النمطى (Atypical Cycloid Psychosis)

هذه المجموعة من الاضطرابات تظهر بعض ملامح الاضطرابات ثنائية القطبية ولكنها لا تتفق مع مواصفاتها العامة ، ولقد وصف منها ثلاثة أنواع :—
(١) ذهان الحركة .
(٢) ذهان التشوش (الارتباك) .
(٣) ذهان القلق المتناوب مع السعادة .

(١) ذهان الحركة (Motility Psychosis)

فى الشكل الذى تتزايد فيه الحركة قد يشبه الهوس أو التهيج الكتاتونى ، ويتميز عن الهوس بوجود إيماءات عديدة مفاجئة تعبيرية ، تبدو أنها ناتجة من آليات ذاتية وظاهريا ليست استجابات لمثيرات بيئية أو تعبيرات عن وجدان المريض ، وهذه الاضطرابات تميز من التهيج الكتاتونى بغياب الحركات المتكررة الغريبة .

أما الشكل منعدم الحركة فيبدو مطابقا للصورة النمطية للذهول الكتاتوني ، ولكنها تتميز عن الفصام أساسا بمسارها الذي يتحسن ولا يؤدي إلى تدهور الشخصية .

(٢) ذهان التشوش (الارتباك) (Confusional psychosis)

وفيه تتقلب حالة المريض الانفعالية والتشتت فيه لا يصل لدرجته في مرض الهوس ، وغالبا لا يعرف المريض الأشخاص في بيئته .

(٣) ذهان القلق المتناوب مع السعادة (Anxiety-Blissfulness Psychosis)

ومرحلة القلق فيه تشبه إلى حد كبير الاكتئاب المتسم بفوران داخلي ولكنه يتميز بقلّة حركة المريض وحالات من القلق الغامر على فترات ، مع أفكار اضطهادية اشارية ، وقد يصاحبها لوم النفس وانشغال بتوهمات مرضية وهلاوس . أما مرحلة السعادة فتتميز بالسلوك الممتد (١) مع أفكار عظيمة .



(١) الذي يمتد بالعطاء المسرف للآخرين لدرجة الاضرار بنفسه وممتلكاته (expansive behaviour) .

الفصل الخامس

مقدمة :-

١ - شاب في الثانية والعشرين من عمره طالب بالجامعة ، أصبح زائد النشاط والمرح والكلام ، وقل نومه بدرجة ملحوظة ، وأهمل في دراسته وأساء في تصرفاته وعند مناقشته يثور ولا يقبل نقد وأصبح مزعجا لأصدقائه يوقظهم تليفونيا بعد منتصف الليل .. وبفحصه نفسيا لوحظ كثرة كلامه وحركته ومرحه المرضى وصوته المرتفع ، وتطاير الافكار الا من ايقاع يربط بين الكلمات مع أفكار عن تضخم الذات وشعور بالعظمة ، وضغط في الافكار ، مع تشتت الانتباه وعدم الاستبصار واضطراب حكمه على الامور .

٢ - سيدة في التاسعة والعشرين من عمرها ربة بيت ، تعاني منذ شهرين ودون سبب واضح من حالة ضيق و يأس وشعور بالملل وعدم الاستمتاع بما كانت تستمتع به من أنشطة أو أشياء ، وأصبحت منعزلة قليلة الكلام مع نقص شهيتها للطعام وأرق في بدء النوم وفي نهايته (في الصباح الباكر) ، ويقل أدائها لمهام بيتها مع نوبات من البكاء أحيانا .. وبفحصها نفسيا لوحظ نقص اعتبار الذات ومشاعر الذنب وتعبير الكآبة مع مشاعر الحزن وسرعة الاستثارة و ببطء الحركة والكلام وانخفاض الصوت ، مع أفكار عن الموت وكوابيس وصور موتى أثناء النوم .

هذان مثالان لحالات اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتهما أن تضع أهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟
ما هي هذه الأهداف ؟

اضطرابات الوجدان

(Mood Disorders)

وهي الحالات الاكلينيكية التي تكون أعراضها الأساسية هي اضطراب الوجدان مع أعراض أخرى مصاحبة لتكون جزئيا أو كلياً متلازمات الهوس والاكتئاب، وتظل لأقل وقت تكفى لتشخيصها، ويمكن أن تحدث متلازمات اضطراب الوجدان كجزء من اضطراب الوجدان (مثل متلازمة الاكتئاب العظمى أو متلازمة الهوس)، أو كجزء من اضطراب ذهاني غير وجداني (مثل الفصام الوجداني)، أو كجزء من اضطراب عقلي عضوي (مثل اضطراب الوجدان العضوي) .

ولقد سجلت اضطرابات الوجدان منذ القدم، حيث وصف مايشير إلى الاكتئاب في حكايات قدماء المصريين من حزن القلب والرغبة في الموت مع النوم والكسل، وكان ذلك قبل الميلاد بما يزيد على الألف عام، كما وصفت أعراض الاكتئاب في قصة انتحار اجاكس في الياذة (هوميروس) (Homer) في القرن الثامن قبل الميلاد، وفي عام (٤٥٠) قبل الميلاد استخدم هيبوقراط (Hippocrates) مصطلحات الهوس والسود الارتدادي (الميلانخوليا) لوصف الاضطرابات العقلية، وفي العصور الوسطى قسم (ابن سينا) (٩٨٠ - ١٠٣٧ م) الميلانخوليا إلى أربعة أنواع طبقاً لمزاج الشخص المضطرب (إما كنتيجة لزيادة الأيض أو اضطرابه) .. ثم وصف أطباء النفس الفرنسيين في عام (١٨٥٤ م) تناوب الهوس والاكتئاب، وأطلق على تناوب الهوس والاكتئاب (سيكلوثيميا) (Cyclothymia) بواسطة (كولبوم) (Kahlbaum) الطبيب النفسي الألماني (عام ١٨٨٢ م)، ثم أفاد (كريبلين) (١٨٩٦ م) من سابقة ووصف ذهان الهوس والاكتئاب وضمّنه أغلب الدلالات التشخيصية التي مازالت موجودة حالياً، وميزه عن السخرف المبكر (الفصام) بأنه ليس فيه تدهور عقلي، كما وصف (كريبلين) نوع من الاكتئاب يبدأ بعد يأس النساء من الحيض أطلق عليه (Involutional melancholia) .. واقتصر اسهام (فرويد) (١٨٥٦ - ١٩٣٩ م) على التفسير السيكوندينامي للاكتئاب وأهمية الفقد في ترسيب الاكتئاب النفسي المنشأ، كما قرر أن هناك أنواع أخرى من الاكتئاب تتحدد بيولوجياً .

تصنيف اضطراب الوجدان

تقسم اضطرابات الوجدان الى اضطرابات ثنائية القطبية وأهم ما يميزها وجود واحدة أو أكثر من نوبات الهوس الخفيف عادة مع تاريخ نوبات اكتئاب عظمى ، واضطرابات اكتئاب وأهم ما يميزها وجود نوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى دون تاريخ لأي من نوبات الهوس أو الهوس الخفيف .

ويوجد نوعان من الاضطراب ثنائي القطبية :-

١- اضطراب ثنائي القطبية : وفيه توجد نوبة أو أكثر من نوبات الهوس مع واحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى .

٢- الاضطراب الدوري (cyclothymia) : وفيه يوجد عديد من نوبات الهوس الخفيف وفترات عديدة من أعراض الاكتئاب .. اما الاضطرابات التي فيها يكون الهوس الخفيف ونوبات الاكتئاب العظمى فتصنف ضمن المجموعة المتبقية من الاضطراب ثنائي القطبية (غير المحددة في مكان آخر- (NO.S.) .

ويوجد نوعان من اضطراب الاكتئاب :-

١- متلازمة الاكتئاب العظمى : الذي يوجد فيها نوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى .

٢- ديسثيميا (Dysthymia) : حيث يوجد أعراض اكتئابية أغلب الأيام وتستمر على الأقل مدة سنتان ، وخلال هذه المدة لا تتفق مع مواصفات متلازمة الاكتئاب العظمى .

وتوصف النوبة (الاكتئاب العظمى أو ثنائي القطبية) من حيث :-

١- الشدة : خفيفة أو متوسطة أو شديدة .

٢- وجود أعراض ذهانية من عدمه التي يمكن أن تكون :-

أ- متسقة مع الوجدان .

ب- غير متسقة مع الوجدان .

٣- هوادة الاضطراب جزئية أو كاملة .

الصورة الاكلينيكية لاضطرابات الوجدان

اولا : الصورة الاكلينيكية لنوبة الهوس : (Manic Episode)

وتتميز بالمرح المرضى والسرور الوجداني (أو الاستثارة) الذي يسود خلال فترة محددة، مع أعراض مصاحبة، ويكون الاضطراب شديدا لدرجة ينتج عنه اختلال أداء الشخص لوظيفته المهنية والاجتماعية، أو يلزم ادخاله مستشفى لمنع من اذاء نفسه والآخرين .

وتشمل الأعراض المصاحبة تضخم الذات أو الشعور بالعظمة (التي قد تصل لدرجة الضلال)، ونقص الحاجة للنوم وزيادة الكلام وضغط الافكار وكثرتها وتطايرها والتشتت، وزيادة الاندماج في الأنشطة الموجهة لهدف وزيادة النشاط الحركي، والاغراق في الأنشطة الترفيهية المرحية والتي غالبا نتائجها مؤلمة ولا يدركها تماما، وذلك دون سبب عضوي وليس طارئا على اضطراب ذهاني (الفصام - الاضطراب فصامي الشكل - الاضطراب الضلالي - الاضطراب الذهاني غير المصنف في مكان آخر أو الفصام الوجداني) .

والوجدان المرح قد يوصف كسرور وانشراح زائد عن الطبيعي ومعدى للملاحظ غير المندمج (أي يجعله مسرورا)، ولكنه يوصف من قبل من يعرفون الشخص جيدا بأنه زائد عن الحد.. وقد يتسع الوجدان حيث يتحمس الشخص للتفاعل مع الناس دون انتقاء، وقد تكون سرعة الاستثارة هي العرض المسيطر حيث تسهل استثارة المريض لأتفه الأسباب .

أما تضخم الذات فيتراوح من الثقة بالنفس التي لا تتحمل النقد إلى الشعور بالعظمة الذي قد يصل إلى درجة الضلال، لدرجة أنه يعطى النصيح للآخرين في أشياء لا يعرف عنها شيئا (مثل كيف تحل مشاكل العالم الاقتصادية)، وبرغم نقص الموهبة والمعرفة فإنه قد يبدأ كتابة قصة أو تلحين موسيقى، أو البحث عن الشهرة ببعض المخترعات، وقد تشمل ضلالات العظمة علاقة خاصة مع الله أو مع شخص معروف سياسياً أو دينياً .

وتقل الحاجة للنوم إلى حد كبير حيث يستيقظ قبل مواعده بساعات مكتمل الطاقة، وقد يظل بلا نوم عدة أيام دون أن يشعر بتعب .

أما الكلام في حالة الهوس فعادة بصوت مرتفع وسريع و يصعب مقاطعته وعادة مليء بالنكات والقفشات والتلاعب بالألفاظ ، والاضحاك غير المناسب قد يصبح مسرحيا بأسلوب تمثيلي مع الغناء ، ويهتم بإيقاع الألفاظ أكثر من معانيها ، والرابطة بين الأفكار رابطة شكلية في إيقاع الألفاظ فقط مع تطاير الأفكار مما يجعل الكلام غير متسق ، وإذا كان وجدان الشخص مستثارا أكثر من مرحلة فإن كلامه يتميز بالشكوى والتعليقات العدائية والتهديدات الغاضبة .

والتشتت يدل عليه سرعة التحول في الكلام والنشاط كنتيجة الاستجابة للمثيرات الخارجية المختلفة غير المرتبطة معا مثل الضوضاء المحيطة أو الصور على الحوائط .

وتشمل زيادة النشاط عديد من الخطط والمشاركة وأنشطة عديدة (مثل الجنسية والوظيفة والسياسة والدينية) ، وتزداد اجتماعيته فينشئ علاقات جديدة ، ويتصل بأصدقائه في كل ساعات الليل دون أن يعي أنه يقحم نفسه عليهم ، وذلك لنقص حكمه على الأمور ، بالإضافة إلى تصرفات حمقاء وسلوك جنسى غير معتاد ، وارتداء ملابس غير مألوفة ذات ألوان زاهية ، ووضع مساحيق التجميل بصورة مفرطة (في حالات الاناث) ، كما يوزع ما يملكه من طعام أو نقود على العابرين الغرباء فيما يسمى بالسلوك الممتد .

والأعراض المصاحبة تشمل عدم الاستبصار بمرضه ورفض العلاج ، مع هلاوس واضحة المحتوى المتوافق مع الوجدان السائد عادة (mood congruent) ، وضلالات التي قد تكون ذات محتوى اضطهادي ومبنية على فكرة أن الشخص مضطهد بسبب وضعه المميز وعلاقاته الخاصة ونادراً ما يكون محتوى الضلالات والهلاوس غير متوافق مع الوجدان السائد (mood incongruent) ، وقد توجد أعراض كتاتونية أو ذهول أو بكم أو سلبية الحركة .

وفي حالة نوبة الهوس الخفيف (Hypomania) تكون الأعراض مشابهة ولكن شدتها أقل كثيراً ولا تصاحبها ضلالات .

الأنواع الفرعية لنوبة الهوس :-

ولتمييز نوعية الهوس يشار إلى الشدة والأعراض الذهانية من عدمها كما

يلي :-

- ١- خفيفة : وهى أقل ما يمكن تشخيصه من أعراض الهوس .
- ٢- متوسطة : حيث يلاحظ زيادة الحركة والنشاط واضطراب الحكم على الأمور .
- ٣- شديدة دون أعراض ذهانية : وهو ما يكون فى حالة خطيرة ويحتاج إلى ملاحظة مستمرة لمنع من إيذاء نفسه والآخرين .
- ٤- مصاحبة بأعراض ذهانية (الضلالات والملاوس والأعراض الكتاتونية) وقد تكون متوافقة مع الوجدان أو غير متوافقة .
- ٥- فى حالة هوادة كاملة : وهى التى اختفت فيها الأعراض مدة ستة شهور على الأقل .
- ٦- فى حالة هوادة جزئية : حيث يلاحظ اختفاء بعض الأعراض دون بعضها .
- ٧- غير محدد النوع (غير نوعى) .

البداية والمسار والمآل :-

عادة تبدأ نوبات الهوس فى بداية العشرينيات ، وإن كان هناك حالات تظهر بعد سن الخمسين ، وتكون البداية فجائية ، وسرعان ما تشد الأعراض وتصبح خطيرة ، وتظل من أيام إلى شهور وتنتهى فجأة .. وأثناء اشتداد الأعراض يحتاج إلى حمايته من الإضرار بنفسه وبمن حوله لسؤ حكمه على الأمور وكثرة خروجه ، وهذا ما يستدعى حجزه إجبارياً فى مستشفى ، ومن أهم مضاعفات نوبة الهوس ادمان المواد المخدرة وما ينتج عن ذلك من أضرار .

التشخيص الفارق لنوبة الهوس :-

- ١- اضطراب الوجدان العضوى : وله سبب عضوى بدأ الاضطراب أو حافظ على استمراره (مثل تعاطى أمفيتامين أو الاسترويدات أو التصلب المتناثر) ..

وإذا رسبت نوبة الهوس بمضادات الاكتئاب او الصدمات الكهربائية (E.C.T.)
تشخص كنوبة هوس (غير عضوى) وكذلك هوس ما بعد الولادة .

٢ - اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة : حيث أن كثرة الحركة وعدم
الاستقرار قد يوحى بنوبة هوس ، ولكن الوجدان غير مضطرب وليس لهذا
الاضطراب بداية محددة مثل الهوس .

٣ - الفصام (النوع الاضطهادى) : فقد توجد سرعة استثارة وغضب
وأعراض ذهانية الأمر الذى يجعل التمييز بينهما صعبا ، وفي هذه الحالة نلجأ
للاعراض المميزة الاحصائية مثل وجود تاريخ عائلى لاضطراب الوجدان ، أو
تاريخ لنوبة سابقة شفى منها تماما لترجيح تشخيص الهوس .

٤ - نوبات الهوس الخفيف : حيث يكون اضطراب الوجدان لا يكفى لإحداث
إعاقة اجتماعية أو وظيفية أو يلزمه الحجز فى مستشفى .

ثانيا : الصورة الاكلينيكية لنوبة الاكتئاب العظمى

(Major Depressive Episode)

وأهم ملامحه هى الاكتئاب الوجدانى (أو ربما سرعة الاستثارة فى حالة
الأطفال والمراهقين) ، أو فقد الاهتمام أو فقد الاستمتاع فى كل الأنشطة أو
أغلبها ، بالإضافة إلى أعراض مصاحبة لمدة أسبوعين على الأقل ، وتمثل الأعراض
تغيرا عن الأداء الوظيفى السابق ، وهى ثابتة أغلب ساعات اليوم ، وكل يوم
طوال الأسبوعين .

وهناك أعراض مصاحبة تشمل اضطراب الشهية وتغير الوزن واضطراب النوم
وزيادة النشاط الحركى أو نقصه (agitation or retardation) ، ونقص الطاقة ،
والشعور بفقد القيمة او الاحساس بالذنب الشديد غير المناسب ، وصعوبة التفكير
أو صعوبة التركيز ، وتكرار فكرة الموت أو افكار أو محاولات انتحارية وليس
لذلك سبب عضوى بدأ الاضطراب أو جعله يستمر ، والاضطراب ليس تفاعلا
طبيعيا لفقد شخص عزيز ، كما أنه ليس طارئا على اضطراب ذهاني (الفصام ،
والاضطراب فصامى الشكل ، والاضطراب الضلالى ، والاضطراب الذهاني غير
المصنف فى مكان آخر) ، ولا تطابق مواصفاته اضطراب الفصام الوجدانى .

و يصف الشخص شعوره بالاكتئاب او الحزن أو اليأس وفقد الحماس ،
وفي بعض الحالات قد ينكر الشخص شعوره بالاكتئاب ولكن المحيطين به
يلاحظون حزنه واكتابه .. كما يصف فقد الاهتمام بأن أنشطته السارة لم تعد
كذلك ، وانه فقد الاستمتاع بالاشياء وتلاحظ الاسرة انسحابه من اصدقائه واهمل
أنشطته الترفيهية المعتادة والتي كانت مصدر سروره قبل ذلك .

واضطراب الشهية غالبا بالفقد ولكن احيانا تزداد الشهية بدرجة واضحة ،
و يصاحب فقد الشهية الشديد نقص الوزن ، وفي حالة الاطفال يفشل في الوصول
الى الوزن المتوقع له ، وعادة يصاحب زيادة الشهية زيادة الوزن .
وعادة يضطرب النوم وغالبا الأرق وأحيانا تكون زيادة النوم ، والأرق قد
يشمل صعوبة الدخول في النوم ، أو أرق يتخلل النوم ، أو أرق في الصباح الباكر ،
أما كثرة النوم فتشمل النوم أكثر من المعتاد أو النوم المتقطع وأحيانا يكون سبب حضور
المريض للعلاج هو اضطراب النوم .

أما الفوران الداخلي (agitation) فيأخذ شكل عدم القدرة على الاستقرار في
مكان أو التجول أو الطرق باليد أو شد الشعر أو حك الجلد .. والتبذل الحركي
فيأخذ ببطء حركة الجسم و بطء الكلام مع فترات صمت قبل الاجابة على
الأسئلة ، ويكون الكلام بصوت خافت وعلى نغمة واحدة بالاضافة إلى نقص
كمية الكلام أو البكم ، و يصاحب ذلك نقص الطاقة والشعور بالاجهاد دون
مجهود جسماني ، وتبدو أمامه أصغر المهام في صعوبة المستحيل .

و يتفاوت الاحساس بفقد القيمة من مشاعر العجز إلى التقييم السالب
لنفس ، مع انتقاد النفس لكل فشل بسيط وتضخيمه ، مع الشعور بالذنب قد
يصل لدرجة الضلال ، مع كثرة الأفكار عن الموت وتفضيله على الحياة ، وقد
توجد لديه أفكاراً انتحارية أو خطة لذلك وقد ينفذها محاولاً الانتحار .

والأعراض المصاحبة تشمل : البكاء والقلق وسرعة الاستثارة واجترارات
وسواسية وانشغال بصحته الجسمانية ونوبات هلع ورهابات .

وعندما توجد أعراض ذهانية (ضلالات أو هلاوس) فإن محتواها عادة يكون
واضحا ومتمشيا مع حالة الوجدان .. والضلالات الشائعة في الاكتئاب ان
الشخص مضطهد بسبب سوء أخلاقه أو عجزه الشخصي ، وقد توجد ضلالات

العدمية للعالم أو للشخص ، وقد تكون ضلالات جسمانية (توهم أنه مصاب بالسرطان أو مرض آخر خطير) ، وقد تكون ضلالات الفقر .. وعندما توجد الهلاوس تكون عابرة وقد تحوى أصواتا تلومه .. ونادرا ما يكون محتوى الضلالات والهلاوس غير متسق مع حالة الوجدان (mood incongruent)

وهناك أعراض خاصة تظهر في أعمار معينة في حالات الاكتئاب وهى :-

١ - الأطفال في مرحلة ما قبل البلوغ : تكثر الشكوى الجسمانية والفوران الداخلى ، والهلاوس المتفقة مع حالة الوجدان (عادة صوت واحد يتحدث إلى الطفل) ، كما يكثر في اكتئاب الأطفال أن يصاحبه القلق (القلق العام وقلق الانفصال واضطراب التجنب) .

٢ - المراهقين : توجد السلبية أو السلوك المضاد للمجتمع ، وتعاطى العقاقير وادمانها مع العناد واضطراب السلوك ، وتكثر الرغبة في ترك البيت ، ويشكو من أن الآخرين لا يفهمونه ، وتشكو الأسرة من عدم استقراره وعدوانه ومعارضته لكل شئ وعدم تعاونه في شئون البيت ، بالإضافة إلى انسحابه من الأنشطة الاجتماعية والانعزال في حجرته وتأخره الدراسى ، وعدم الاهتمام بمظهره ، مع حساسية خاصة للرفض في العلاقات العاطفية .

٣ - كبار السن : أحيانا تكون أعراض الاكتئاب في كبار السن اضطراب الاهتداء ، وفقد الذاكرة والتشتت ، الأمر الذى يوحى بوجود خرف (Dementia) ، كما أن فقد الاهتمام وفقد الاستمتاع بالأنشطة المعتادة قد يبدو كتبلد أو صعوبة في التركيز يعطى صورة الخرف الكاذب (pseudo dementia) الذى يرجع إلى الاكتئاب ، ويلزم تمييزه عن الخرف الذى هو اضطراب عقلى عضوى .. ونوبة الاكتئاب العظمى إما أن تكون واحدة (single Episode) أو متردة (Recurrent) ويلزم ان توصف بذلك مع نوعها الفرعى .

الانواع الفرعية لنوبة الاكتئاب العظمى :-

ولتمييز نوبة الاكتئاب العظمى واستكمال توصيفها توضح شدتها وأنوعها

كما يلى :-

١ - خفيفة : حيث تكون الاعراض طفيفة و ينتج عنها أقل اعاقه وظيفية او علاقات اجتماعية .

٢ - متوسطة : حيث تكون الاعراض والاعاقه متوسطة الشدة .

٣ - شديدة دون اعراض ذهانية : حيث تكون الأعراض شديدة و ينتج عنها اعاقه ملحوظة وظيفية واجتماعية .

٤ - مع اعراض ذهانية : ضلالات أو هلاوس وهى إما :-

— مناسبة لحالة الوجدان (mood — congruent) محتواها الذنب او الموت أو العدمية .

— أو غير مناسبة لحالة الوجدان (mood — incongruent) لا تتضمن (الهلاوس والضلالات) محتوى اكتئابيا (مثل الذنب أو الموت) ، ولكنها اضطهادية (لا علاقة لها بالاكتئاب) ووضع أفكار في رأسه ليست خاصة به أو إذاعة أفكاره على الناس .

٥ - فى حالة هواده جزئية .

٦ - فى حالة هواده كاملة .

٧ - غير نوعية .

٨ - مزمنة : إذا ظلت النوبة مدة عامان متواصلان .

٩ - النوع الميلانخولى (Melancholic) : والتي تتحدد بخمسة على الأقل مما يلى :-

(١) فقد الاهتمام أو الاستمتاع فى كل الأنشطة تقريبا .

(٢) لا يتفاعل مع المثيرات الباعثة على السعادة .

(٣) يكون الاكتئاب أسوأ ما يمكن فى الصباح الباكر .

(٤) ينتابه الأرق فى الصباح الباكر (يستيقظ مبكرا عن مواعده بساعتين على الأقل) .

(٥) التبلد الحركى أو الفوران الداخلى (agitation) .

(٦) نقص الشهية المرضى ، أوفقد الوزن لأكثر من (٥ %) من وزن الجسم في مدة شهر.

(٧) ليس لديه اضطراب شخصية قبل نوبة الاكتئاب .

(٨) وجود تاريخ سابق لنوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى وتم شفاؤه منها تماما .

(٩) استجاب جيدا لأنواع معينة من العلاجات (عقاقير مضادة للاكتئاب أو الصدمات الكهربائية المحدثه للتشنجات) .

ولوحظ وجود علاقة مبدئية بين بدء النوبة من الاضطراب ثنائى القطبية (بما فى ذلك الاضطراب ثنائى القطبية غير المحدد فى مكان آخر) أو نوبة الاكتئاب العظمى المترددة (بما فى ذلك الاضطراب الاكتئابى غير المصنف فى مكان آخر) وبين فترة ستون يوما معينة من السنة (مثل الظهور المنتظم للاكتئاب فى الفترة من بداية شهر اكتوبر الى نهاية شهر نوفمبر) ، وتحسن الاكتئاب (أو تحوله إلى هوس أو هوس خفيف) الذى يحدث خلال فترة ستون يوما محددة من العام (مثل اختفاء الاكتئاب من منتصف فبراير إلى منتصف ابريل) .. وهذه الملاحظة أدت إلى الأخذ فى الاعتبار للنمط الفصلى (Seasonal Pattern) لاستكمال التوصيف الاكلينكى لاضطرابات الوجدان ، على أن يتكرر ذلك فى ثلاث نوبات فى ثلاث سنوات منفصلة أو على الأقل فى سنتين متتاليتين .

البداية والمسار والمآل لاضطراب نوبة الاكتئاب العظمى :-

يكشربداء الاكتئاب فى أواخر العشرينيات ولكن قديداً فى أى سن بما فى ذلك الطفولة المبكرة والرضاعة ، وتتفاوت البداية من فجائية إلى تدريجية (حيث تكتمل الأعراض على مدى أيام أو أسابيع) .. وتتفاوت مدة الاكتئاب العظمى ، فالنوبة التى لاتعالج تظل مدة ستة شهور أو أكثر ، ومآل نوبات الاكتئاب هو التحسن الكامل ، ويعود الشخص لسابق أدائه الوظيفى والاجتماعى ، ولكن فى عدد غير قليل من الحالات تظل بعض أعراض النوبة لمدة عامين دون تحسن لفترة شهرين أو أكثر ، وهذه النوبات تسمى النوع المزمن ، وبعض الناس يصابون

بنوبة واحدة ، ولكن (٥٠%) ممن يصابون بنوبة اكتئاب عظمى تعاودهم الإصابة بنوبات أخرى ، وهم أكثر عرضة لحدوث الاضطراب ثنائي القطبية لهم ، وأهم مضاعفات الاكتئاب هو الانتحار .

التشخيص الفارق لنوبة الاكتئاب العظمى :

١ - اضطراب الوجدان العضوى الاكتئابى : الذى يكون سببه عضوى الناشئ عن تعاطى عقار مثل (الرزربين) ، أو عن عدوى مرضية (مثل الانفلونزا) ، أو نقص افراز الغدة الدرقية .

٢ - الخرف التنكسى الأوى (Primary Degenerative Dementia) (مرض الزهايمر والخرف الناتج عن احتشاء متعدد ، حيث أن اكتئاب الشيخوخة يشبه الخرف لوجود اضطراب الاهتداء والتبلد والشكوى من صعوبة التركيز أو النسيان ، وإذا كانت الأعراض تشير إلى الخرف أكثر من اكتئاب ، فإن التشخيص يجب ان يكون خرف مع اكتئاب ، اما اذا كانت الاعراض التى تشير الى اكتئاب تعادل تلك التى تشير الى خرف ، فان الأفضل ان نشخص نوبة اكتئاب ونفرض ان اعراض الخرف كاذبة ، ويعالج على انه اكتئاب فاذا تحسن تأكد التشخيص ، واذا لم يتحسن فان التشخيص المناسب هو خرف مع اكتئاب .

٣ - تفاعل نفسى لخلل وظيفى مرتبط بمرض عضوى (إعاقة وظيفية ، مثل مبتور الرجل كعاهة جسمانية) .

٤ - الفصام : عادة توجد بعض اعراض الاكتئاب مع الفصام ، ولكن اذا طرأت نوبة الاكتئاب على اعراض الفصام المتبقية ، او حدث لفترة قصيرة خلال المرحلة النشطة للفصام فإن اضطراب الاكتئاب غير المحدد فى مكان اخر أو اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب قد يشخص ولكن لا تشخص نوبة اكتئاب عظمى .. أحيانا يصعب تمييز الفصام الكتاتونى المنسحب عن الاكتئاب ، وهنا نلجأ للأعراض الاحصائية مثل التاريخ الاسرى للاكتئاب ونوبة اكتئاب سابقة وشخصية متكاملة قبل المرض .

٥ - الفصام الوجدانى : توجد فيه فترات على الأقل مدة أسبوعين خلالها كانت توجد هلاوس أو ضلالات فى غياب اضطراب وجدانى بارز .

٦ - فقد عزيز غير مصحوب بمضاعفات (Bereavement) : لا يعتبر مرض عقلي في حالة ظهور اعراض اكتئاب والشعور بفقد القيمة والأفكار الانتحارية والاعاقة الوظيفية ولكن استمراره لمدة طويلة يشير إلى أن الفقد تحول إلى نوبة اكتئاب عظمى .

ثالثا : الصورة الاكلينيكية للاضطراب ثنائى القطبية

(Bipolar Disorder)

وتتميز بوحدة أو أكثر من نوبات الهوس مصاحبة عادة بوحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى .. و يوصف تشخيصيا حسب الصورة الاكلينيكية للنوبة الحالية (هوسى أو اكتئابى أو مختلط) ، أو حسب أحدث النوبات إذا كان الاضطراب حاليا فى تحسن كلى أو جزئى ، كما توصف النوبة من حيث شدتها (خفيفة أو متوسطة أو شديدة) ومصاحبتها بأعراض ذهانية من عدمه .

عادة يبدأ الاضطراب ثنائى القطبية باكتئاب ، وأغلب المرضى يمرون بنوبات من الهوس والاكتئاب ، إلا أن (١٠ - ٢٠ ٪) من المرضى يمرون بنوبات هوس فقط ، ويتميز الاضطراب ثنائى القطبية بأنه مرض متردد ، وفى بداية الاضطراب قد يترسب نوبات الهوس بعد أحداث مرسبة ، ونوبات الهوس التى لا تعالج تظل ثلاثة أشهر ، ولذا فإنه من المفضل استمرار العلاج طول هذه الفترة ، وبتقدم المرض تقل الفترة بين النوبات ، ولكن بعد خمس نوبات تقريبا تصبح الفترة بين النوبات ثابتة (من ٦ - ٩ شهور تقريبا) .

ومآل الاضطراب ثنائى القطبيه أسوأ من نوبات الاكتئاب العظمى ، والمرضى ذو الأعراض الهوسية افضل مآلا من المرضى ذو الأعراض الاكتئابية أو المختلطة ، كما أن وجود الأعراض الذهانية خلال نوبات الهوس لا يعنى سوء المآل .. ولوحظ بالمتابعة لفرات طويلة أن (١٥ ٪) يتحسنون ، وأن (٤٥ ٪) يتحسنون ولكنهم ينتكسون عدة مرات ، وأن (٣٠ ٪) فى هوادة جزئية ، وأن (١٠ ٪) يصبح مرضهم مزمن .

التشخيص الفارق للاضطراب ثنائي القطبيه :

١- السيكلوثيميا (Cyclothymia) : حيث توجد نوبات عديدة من الاكتئاب الوجداني أو فقد الاهتمام والاستمتاع الذي لا يتفق مع مواصفات نوبة الاكتئاب العظمى .

رابعا : الصورة الاكلينيكية للسيكلوثيميا

(Cyclothymic Disorder)

ويتسم هذا الاضطراب بالوجدان المضطرب المزمّن الذي استمر على الأقل مدة سنتان (أو سنة واحدة في الأطفال والمراهقين) ، شاملا عديدا من نوبات الهوس الخفيف وفترات عديدة من الاكتئاب الوجداني أو فقد الاهتمام والاستمتاع بدرجة شدة أو مدة لا تكفى لتشخيص نوبة الاكتئاب العظمى أو نوبة الهوس .. ويلزم لكى تشخص السيكلوثيميا أن تكون المدة سنتان على الأقل (أو سنة واحدة في حالة الأطفال والمراهقين) لا يخلو فيها من الأعراض الهوسية الخفيفة أو الاكتئابية مدة تزيد عن شهرين ، ولا يوجد برهان واضح على نوبة هوس أو اكتئاب عظمى خلال السنتين الأول من الاضطراب (فنوبة هوس سوف تشير إلى اضطراب ثنائي القطبيه ، ونوبة الاكتئاب العظمى دون نوبة هوس سوف تشير إلى اضطراب ثنائي القطبيه غير المحدد فى مكان آخر) .. بالاضافة الى أن السيكلوثيميا لا تشخص اذا كانت طارئة على اضطراب ذهاني مزمن (مثل الفصام) ، أو وجد سبب عضوى بدأ الاضطراب أو جعله يستمر .

ومن الجدير بالذكر أن الحدود بين الاضطراب ثنائي القطبيه والسيكلوثيميا غير واضحة ، ويعتقد بعض الباحثين أن السيكلوثيميا شكل خفيف من الاضطراب ثنائي القطبيه .

وتشبه الأعراض المصاحبة تلك المصاحبة لنوبة الهوس والاكتئاب العظمى ، عدا أنه لا يوجد خلل واضح فى الوظيفة المهنية والاجتماعية ، بل فى بعض الحالات يكون الشخص أكثر انتاجا وظيفيا واندماجا اجتماعيا خلال نوبة

الهوس الخفيف .. ويشيع الادمان كعرض مصاحب لمحاولة علاج النفس بالمهدئات والكحوليات والمنشطات .

عادة يبدأ اضطراب السيكلوثيميا في المراهقة أو بداية الرشد، وتكون البداية غير واضحة والمسار مزمن ، و يضطرب أداء الشخص الوظيفي والاجتماعي خلال فترات الاكتئاب ولكن الى درجة تقل كثيرا عن ما يحدث في نوبات الاكتئاب العظمى ، وقد يتحول هذا الاضطراب الى اضطراب ثنائي القطبية أو نوبات هوس أو اكتئاب .

خامسا : الصورة الاكلينيكية لاضطراب ثنائي

القطبية غير المحدد في مكان آخر (N.O.S)

ويعميه أعراض هوس أو هوس خفيف لا تتفق مع سمات الاضطراب ثنائي القطبية السابق تحديده .. ومن أمثلته :-

١ - نوبة هوس خفيف مع نوبة اكتئاب عظمى واحدة ، وهذه الحالات ما يطلق عليها الاضطراب ثنائي القطبية الثاني (II) .

٢ - واحدة أو أكثر من نوبات الهوس الخفيف دون تاريخ لنوبة هوس أو اكتئاب عظمى ، ولا يتفق مع الاضطراب الدوري (سيكلوثيميا) .

٣ - نوبة هوس طارئة على اضطراب ضلالي أو بقايا فصام أو اضطراب ذهاني غير محدد في مكان آخر .

سادسا : الصورة الاكلينيكية للاكتئاب العصبي (ديسثيميا)

(Dysthymia)

وهو اضطراب الوجدان المزمن الذي يتضمن اكتئاب (أو استثارة الوجدان في الأطفال والمراهقين) أغلب فترات اليوم وفي أغلب الأيام ولمدة سنتان على الأقل في الراشدين (وسنة على الأقل في الأطفال والمراهقين) .. بالإضافة إلى بعض الأعراض المصاحبة الآتية : نقص الشهية أو زيادتها أرق أو زيادة النوم ، نقص الطاقة والشعور بالاجهاد نقص اعتبار الذات ، صعوبة التركيز ، صعوبة اتخاذ

القرارات والشعور بالعجز.. ولتشخيص هذا الاضطراب يجب أن تظل الأعراض مدة سنتان لا تختفى خلالها مدة تزيد عن شهرين ، ولا تتفق مواصفاته مع نوبة الاكتئاب العظمى خلال مدة السنتان ، وأن لا يكون طارئا على اضطراب ذهاني مزمن مثل الفصام ، وأن لا يكون راجعا إلى سبب عضوى .

كثيرا ما يكون السبب الظاهري للاكتئاب العصابى هو اضطراب نفسى غير وجدانى (شخص على المحور الأول) مثل القهم العصابى أو اضطراب التبدن أو القلق أو ادمان مادة ، أو يكون اضطراب جسمانى (مشخص على المحور الثالث) مثل التهاب المفاصل الروماتيزمى .. هذه الحالات من الاكتئاب العصابى تسمى النوع الثانوى ، بينما تلك التى لا تعود إلى اضطراب آخر تسمى النوع الأولى ..

يبدأ الاكتئاب العصابى بداية غير واضحة ، وقد تكون قبل سن الحادية والعشرين وتسمى البداية المبكرة ، وقد تكون عند هذه السن أو بعدها وتسمى البداية المتأخرة ، والمسار مزمن ، وغالبا ما يطرأ على المصابين بهذا الاضطراب نوبات الاكتئاب العظمى ويطلق عليه الاكتئاب المتضاعف (Double Depression) وهذا ما يجعلهم يبحثون عن العلاج ، وفى هذه الحالة يوضع التشخيصان ، لأن الاكتئاب العصابى سوف يظل بعد تحسن نوبة الاكتئاب العظمى .

والإعاقة التى يسببها هذا الاضطراب طفيفة ، لأنه مزمن ، ونادرا ما يحتاج المريض لدخول مستشفى ، ونظرا لأن هذا الاضطراب مزمن فإن أخطر مضاعفاته هو الادمان كمحاولة من المريض بعلاج نفسه بتعاطى المنشطات . وفى حالة الأطفال والمراهقين يتأثر التفاعل الاجتماعى و يصبحون أكثر خجلا وسلبية أو عنادا وغضبا ، وقد يتأثر انجازهم الدراسى .

التشخيص الفارق للاكتئاب العصابى :-

١ - يصعب تمييزه بصفة خاصة من نوبات الاكتئاب العظمى لأن أعراضها واحدة ، فنوبة الاكتئاب العظمى يقل فيها أداء الشخص المعتاد بصورة ملحوظة ، بينما الاكتئاب العصابى خفيف الشدة وقد لا يؤثر على أداء الشخص ، و يظل

لعدة سنوات .. وعندما تَظَرُّأ نوبة اكتئاب عظمى (أو ما يسمى بالاكتئاب المتضاعف) يوضع التشخيصان معا .

٢- تغيرات الوجدان الطبيعية : وهى لا تؤثر بأى درجة على أداء الشخص ، وليست شديدة أو متكررة .

سابعا : الصورة الاكلينيكية للاضطراب الاكتئابى غير المحدد فى مكان آخر

وهى الاضطرابات ذات الملامح الاكتئابية التى لا تتفق مع مواصفات أى من الاضطرابات الوجدانية المحددة ، أو اضطراب التأقلم المصحوب باكتئاب وجدانى ، ومن أمثلته :-

- ١- نوبة الاكتئاب العظمى الطارئة على فصام متبقى .
- ٢- اكتئاب خفيف لا يتفق مع مواصفات الاكتئاب العصابى .

انتشار الاضطرابات الوجدانية

يعد الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية شيوعا بين البالغين ، حيث تصل نسبة الإصابة بالاكتئاب فى وقت ما من حياة البالغين (٢٠%) لدى الاناث و (١٠%) لدى الذكور ، وتصل نسبة المصابين به فى وقت ما (٥ و ٤ - ٢ و ٩%) ، من الاناث ، و (٣ و ٢ - ٣ و ٢%) من الذكور ، ومعدل الانتشار العام (٣ - ٥%) ، والنساء يصبين به أكثر من الرجال ، و يفسر ذلك بأن النساء أكثر تعبيراً عن إنفعالاتهن من الرجال ، ولذا فانهن يظهرن الحزن والتعاسة أكثر من الرجال ، بينما يلاحظ أن التعرف على الاكتئاب لدى الرجال أكثر صعوبة ، ويشير بعض الباحثين ان معدل الانتشار المرتفع لتعاطى مادة (الادمان) بين الرجال يمكن أن يكون مكافئاً للاكتئاب (Depressive equivalent) أو اكتئاب مقنع (Masked depression) ، وقد يكون السبب هو ما تتعرض له المرأة من ضغوط خاصة بها مثل الحمل والولادة والشعور بالعجز أو القهر فى بعض المجتمعات ،

بالإضافة الى ما تتعرض له من تغيرات هرمونية مع الدورة الشهرية .. و مستوى الذكور والاناث في انتشار الاضطراب ثنائي القطبية بينهم .

ويحدث الاكتئاب في كل الاعمار بما في ذلك الطفولة ، ولكن نسبة (٥٠ %) يصابون بين العشرين والخمسين (بمتوسط عام ٤٠ سنة) ، بينما يكون الاضطراب ثنائي القطبية قبل هذه السن بمتوسط عام ثلاثون عاما .

و يكثر الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطبية بين المطلقين والأرامل والمهاجرين حديثا ، وتنتشر الاضطرابات الوجدانية بين جميع الطبقات الاجتماعية ، وتزداد بين الأقارب من الدرجة الأولى للمصابين بها .

و يعد الاكتئاب من أهم أسباب الانتحار ، فلقد لوحظ (٥٠ — ٧٠ %) ممن انتحروا كانوا يعانون من الاكتئاب .

وبالنسبة للاضطراب الدوري (سيكلوثيميا) والاكتئاب العصبي (ديسثيميا) فإن الدراسات الانتشارية لهما قليلة وذلك لجذتهما ضمن تصانيف الاضطرابات الوجدانية .

أسباب الاضطرابات الوجدانية

أجريت دراسات عديدة لكشف أسباب الاضطرابات الوجدانية تناولت النواحي البيولوجية والنفسية والاجتماعية ، ولكن مازالت الأسباب غير معروفة ، ولوحظ تضافر عوامل مختلفة بيولوجية ونفسية واجتماعية .

اولا : العوامل البيولوجية :

١ — الجينات الوراثية : كشفت الدراسات الأسرية ودراسات التوائم عن أدلة تشير إلى وجود عامل جيني له دور هام في نقل الاضطرابات الوجدانية .

فلقد لوحظ أن الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطبية ينتشران في عائلات معينة ، حيث أن حوالي (٥٠ %) على الأقل من مرضى الاضطراب ثنائي القطبية يكون أحداً الأبوين مصابا باضطراب الوجدان ، وإذا كان أحد الوالدين مصابا فإن أي طفل له يكون معرضا للإصابة باضطراب الوجدان بنسبة (٢٧ %) ، وتزيد

هذه النسبة إلى (٥٠ - ٧٠%) إذا كان كلا الوالدين مصابا باضطراب الوجدان .. كما لوحظ في دراسات التبنى ان هناك علاقة في إصابة الأطفال المتبنين باضطراب الوجدان تناسب الاباء البيولوجيين دون الاباء بالتبنى .

وتشير دراسات التوائم عن معدل تطابق للاضطراب ثنائي القطبية يصل إلى (٦٧%) في التوائم المتماثلة ، ويقل إلى (٢٠%) فقط في حالات التوائم غير المتماثلة ..

واستنتج من ذلك أهمية الأصول الجينية في حدوث الاضطرابات الوجدانية ، وافترض أنه جين جسدي أحادي سائد (Single autosomal dominant) ، أو أنه متعدد الأساس الجيني ، كما افترض أنه يرتبط بالجين الأنثوي (X-Linked) ، وذلك لشيوع هذه الاضطرابات أكثر بين النساء .

٢ - الأمينات الحيوية :-

لوحظ وجود علاقة سببية بين الأمينات الحيوية في الدماغ وبين الاضطرابات الوجدانية وذلك من خلال مايلي :-

— نقص الأمينات الحيوية ينتج عنه مرض الاكتئاب ، كما في حالة تعاطي الرزربين .

— وجود اختلال في مخلفات أيض الأمينات الحيوية (١) في الدم والبول والسائل النخاعي الشوكي (C.S.F) لمرضى اضطراب الوجدان .

— ملاحظة نقص ناتج أيض النورأدرينالين في مرضى الاكتئاب بينما يكون مرتفعاً في (٥٠%) من مرضى الهوس .

— نقص تركيز ناتج السيروتونين (5HIAA) في دماغ المكشبين الذين ينتحرون .

— وجود دور لبعض الناقلات العصبية من الأحماض الأمينية خاصة الجابا

(١) وتشمل مخلفات أيض الامينات الحيوية : ٥- هيدروكس اندول حمض الاسيتيك (5H.IA.A) ناتج أيض السيروتونين ، حمض الهوموفانيليك (H.V.A.) وناتج أيض الدوبامين ، ٣- ميثوكس- ٤- هيدوكس فينيل جليكول (M. Hp. G) ناتج أيض النورادرينالين .

(GABA) والببتيدات النشطة عصبيا خاصة المورفينات الداخلية في بعض الاضطرابات الوجدانية .

— علاقة بين تعاطي أقراص منع الحمل والاكتئاب الذي يتحسن باعطاء بيريدوكسين (Pyridoxine) الانتريم المساعد في تخليق السيروتونين .

٣- اختلال النشاط الهرموني :-

لوحظ وجود اختلالات هرمونية في مرضى اضطراب الوجدان من خلال الآتى :-

— زيادة افراز الكورتيزون في بعض المكتئبين في اختبار الدكساميثازون المثبط (٢) ، وهو استرويد خارجي يقلل من معدل الكورتيزون في الدم ، وهذا يشير إلى خلل في المحور الطرفي الهيبوثلامى النخاعى الكظري (Limbic-hypothalamic-Pituitary-adrenal) وخلص بعض الباحثين إلى علاقة بين أعراض اضطراب الوجدان واختلال هذا المحور، وإلى اختلال وظيفة الهيبوثلاموس وتغير النوم والشهية والسلوك الجنسي والتغيرات البيولوجية في الغدد والمناعة ، كما شبه بين بطء الحركة ونقص الوظائف المعرفية الذى يلاحظ في الاكتئاب واضطراب النوى القاعدية كما في مرض الباركنسون .

— اكتئاب الدورة الشهرية وما قبلها ، وتوقف الدورة الشهرية في حالات اضطراب الوجدان الشديدة .

— نوبات الهوس أو الاكتئاب قد تصاحب مرض كوشنج (Caushing's Dis) أو تعاطي الكورتيزون .

٤- اختلال الكهارل : (electrolytes) :

حيث لوحظ زيادة الصوديوم المتبقى (Residual) في حالات الاكتئاب بنسبة (٥٠%) ، وفي حالات الهوس بنسبة (٢٠٠%)

(٢) —: Dexamethasone suppression

وهذا الاختبار ليس شاذاً في الاكتئاب فقط ولكن في أمراض أخرى مثل الوسواس القهرى .

ثانيا : العوامل الاجتماعية والبيئية :-

لوحظ أن الظروف الحياتية الضاغطة في الطفولة (مثل فقد أحد الوالدين وغياب التخطيط الأسرى في طريقة التربية ، وتصلب الأم في معاملة الطفل والتربية الاعتمادية) تهىء لحدوث الاضطرابات الوجدانية .. كما أن فقد الزوج (أو الزوجة) والعزلة الأسرية ، والضغط الاقتصادي أو الدينية قد يرسم الاضطرابات الوجدانية .

ثالثا : العوامل النفسية :-

ان عدم النضج الانفعالي وثنائية المشاعر والشعور بالعجز المتعلم ، والفهم الخاطيء للخبرات الحياتية ، وتقويم النفس السالب والتشاؤم واليأس ، كلها عوامل نفسية تهىء لحدوث الاضطرابات الوجدانية .

ومن أبرز التغيرات الدينامية للاضطرابات الوجدانية :-

- أن نوبات الاكتئاب تترسب بفقد موضوع الحب ، الذى يحفز نكوص الأنا إلى المرحلة الفمية السادية بسبب التثبيت في الطفولة المبكرة .
- تبدأ الاكتئابات بازدياد الحاجات النرجسية (الشعور أنه مامن أخذ يحبنى) ، ولكن سرعان ما تنقلب هذه العدوانية إزاء الموضوعات المحبطة الى عدوانية ضد أنا المريض ، وتظهر كراهية الذات في صورة الشعور بالاثم ، أى تنقلب الأنا العليا ضد الأنا .
- وفي الاضطراب ثنائى القطبية او الاضطراب الدورى : فسر طبقا لعامل الدورية البيولوجى (دورة الجوع والشبع) (واللذة بعد الألم) ، الذى يرى ان كل معاناة تخول الحق في بهجة تعويضية لاحقة ، وعليه فإن حالة المرح المرضى عند مريض الهوس دليل على أن التوتيرين الأنا العليا والأنا الذى كان مسرفا في الشدة ومسببا للاكتئاب ، قد انفرج فجأة ، وكأن الأنا تحتفل بهذه المناسبة .

علاج الاضطرابات الوجدانية

في خطة العلاج يجب ان يضع المعالج في اعتباره خطورة المريض على نفسه (بالانتحار) (٣) ، أو على غيره (بالقتل) ، الأمر الذي قد يستلزم ادخال المريض مستشفى ، بل ووضعه تحت الملاحظة المستمرة داخلها .

أولا : العلاج الكيميائي والفيزيائي :-

١ - علاج نوبات الهوس :-

- (١) التهديث للمريض بمضادات الذهان (مثل مجموعة الفينوثيازين أو البيوتيروفينون) ، أو جلسات العلاج بالكهرباء (E.C.T.) .
- (٢) العلاج بأملح الليثيوم : التي ثبتت فعاليتها في علاج حالات الهوس ، ويلزم أن تستمر مضادات الذهان لمدة أسبوع مع أملاح الليثيوم (لأن الليثيوم لا يعطى تأثيره في الجهاز العصبي قبل خمسة أيام) .

٢ - علاج الاكتئاب :-

- (١) مضادات الاكتئاب : وتشمل مجموعات أربعة هي منشطات الجهاز العصبي ، والمركبات ثلاثية الحلقات ، ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية ، بالإضافة إلى مضادات الاكتئاب الحديثة .. ويعتمد اختيار العقار المناسب على الاستجابة السابقة للمريض ، أو على نوع الاكتئاب كيميائيا (أدريناليك - adrenergic أو سيروتوني - Serotonergic) (٤)

(٣) توجد مؤشرات تشير إلى ميل انتحارية (هي محاولات انتحار سابقة جادة ، التهديد بالانتحار ، تاريخ حالات انتحار في أسرة المريض ، الشعور بالذنب وعده الاستقرار ، والهدوء المفاجيء بعد توتر) .

- (٤) يتميز الاكتئاب الأدريناليك بزيادة النشاط والحركة وعدم الاستقرار ، وزيادة مخلفات أيض النورأدرينالين في البول ، ويفيد فيه عقار الاميتريبتيلين (amitriptyline) ، بينما يتميز الاكتئاب السيروتوني بالكسل والبلادة وكثرة النوم وزيادة مخلفات أيض السيروتونين في البول ويفيد فيه عقار الإميبرامين (Imipramine) .

(٢) جلسات العلاج بالكهرباء : خاصة الاكثاب المصاحب بمبول انتحارية
والشديد ، وتكون مصاحبة بالعقاقير.

ثانيا : العلاج النفسى :-

يعد العلاج النفسى من المداخل الهامة فى علاج حالات الاكثاب بصفة
خاصة ، لتفريغ الشحنة الانفعالية العدوانية المتوجهة نحو الذات ، وتقليل حدة
العداء بين الأنا العليا والأنا ، وتقليل الشعور بالذنب ، ومساعدته على الارتباط
بالواقع وعدم العزلة ، وتعديل افكاره تجاه نفسه والآخرين .. و يكون العلاج
تدعيميا فى حالات الهوس .

ثالثا : العلاج الاجتماعى : مساعدة المريض اجتماعيا وحل مشاكله
الاجتماعية ، واحداث التغيرات البيئية المناسبة لتقليل معاناته .



الفصل السادس

مقدمة :-

١ - طبيب في الثانية والثلاثين من عمره متزوج ولديه أطفال ، يعاني من نوبات من الخوف المفاجيء الذى يصل الى درجة الهلع والشعور بالموت المحتم مع ضيق فى التنفس وشعور بعدم الاتزان وسرعة فى ضربات القلب والرعدة والعرق ، وحدثت له عدة مرات خلال السنة الماضية ودون سبب واضح ، وعرض نفسه على كبار أطباء القلب والصدر فأكدوا سلامته بعد عمل الاستقصاءات اللازمة ، أما فحصه النفسى فلم يكتشف سوى عن قلقه وضيقه من هذه النوبات .

٢ - سيده فى الخامسة والثلاثين من عمرها ، ربة بيت ولديها أطفال ، تعاني من رهبة من التواجد وحدها فى السوق أو الشارع ، وإذا حدث فانها تشعر بخوف شديد مع رغبة فى التبول وجفاف فى الحلق ، فتتجنب النزول الى الشارع دون مرافقة شخص آخر على الأقل تكون متشبهة بذراعه .

٣ - طالب جامعى فى السادسة والعشرين من عمره ، يشكو من الارتباك أمام الآخرين خاصة إذا كانوا يلاحظونه فى كلام أو مشى ، وعندما اضطرت الظروف أن يتبول فى مرحاض عام فى وجود آخرين بجانبه لم يستطع برغم رغبته فى التبول ، وهو يتجنب هذه المواقف قدر استطاعته لدرجة أنه لا يذهب إلى الجامعة إلا نادرا وهو ما تسبب فى تكرار رسوبه .

٤ - موظف فى الرابعة والثلاثين من عمره متزوج ولديه طفلان ، يشكو من تكراره لبعض التصرفات بعدد فردى و بغير هدف مع معرفته بسخافة مايفعل ويحاول جاهدا منع نفسه فلا يستطيع ، وإذا أمسك عن ذلك شعر بتوتر حتى يأتى بالفعل فيقل توتره ومن أمثلة أفعاله دخول المطبخ والخروج منه بعدد ٧ مرات أو ٩ أو ١٣ مرة وأحيانا يوقف سيارته فى الشارع و ينزل منها و يصعد اليها بنفس الاعداد السابقة قبل أن يستأنف سيره .

هذه أمثلة لحالات اكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع اهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟
ماهى هذه الأهداف ؟



اضطرابات القلق

(Anxiety Disorders)

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات باعراض القلق والسلوك التجنبى ، ففي اضطراب الهلع والقلق العام يكون القلق هو العرض الشائع ، وسلوك التجنب يوجد غالبا في اضطراب الهلع المصاحب بالخوف من الأماكن المتسعة ، وفي اضطرابات الرهاب يخبر الشخص القلق عند مواجهة الموضوع (أو الموقف) المرهوب (١) ، وفي اضطراب الوسواس القهرى يخبر الشخص القلق اذا حاول أن يقاوم الوسواس أو الطقوس ، أما سلوك التجنب فيوجد غالبا في اضطرابات الرهاب ، وكثيرا ما يوجد في اضطرابات الوسواس القهرى . وتصنف اضطرابات القلق الى مايلي :-

١- اضطراب الهلع .

أ- المصحوب برهاب الأماكن المتسعة .

ب- غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة .

٢- رهاب الأماكن المتسعة دون تاريخ لنوبات هلع .

٣- الرهاب الاجتماعى .

٤- الرهاب البسيط .

٥- اضطراب الوسواس القهرى .

٦- اضطراب الانعصاب التابع لحادثة .

٧- اضطراب القلق العام .

٨- اضطراب القلق غير المصنف في مكان آخر .

(١) يعد القلق المرتبط بالانفصال عن الوالدين أحد أشكال التفاعل الرهابى ولكنه يصنف كقلق انفصال ، وكذلك التجنب الرهابى المرتبط بالوظيفة الجنسية يصنف كاضطراب جنسى .

١ - اضطراب الهلع

(Panic Disorders)

و يتميز هذا الاضطراب بحدوث نوبات متكررة من القلق الحاد والشديد ، وعادة يظل لأقل من ساعة ، وقد تظل عدة ساعات (وهذا نادرا) ، وتكون النوبات غير متوقعة ، وليس لها سبب عضوى .

ولقد كان اضطراب الهلع ضمن اضطراب القلق أو ما كان يسمى بعصاب القلق (anxiety neurosis) ، كما كانت كل اضطرابات الرهاب معا ضمن عصاب الرهاب (phobic neurosis) ولكن فصلت هذه الاضطرابات في التصنيف الاحصائى التشخيصى الثالث (DSM-III) ، بناء على أن لزمات معينة لها مسارات مختلفة وتاريخ عائلى مختلف واستجابة للعلاج مختلفة .

الصورة الاكلينيكية :-

تبدأ نوبات الهلع بداية مفاجئة بشعور شديد بالانقباض أو فرغ أو خوف ، وغالبا يوجد شعور بالهلاك المحتم ، ونادرا يخبرها الشخص كشعور حاد بعدم الراحة خلال معظم نوبات الهلع يوجد أكثر من ستة أعراض معا ، (النوبات التى تشمل أربعة أعراض أو أكثر تعرف كنوبات هلع مكتملة ، أما النوبات التى تشمل أعراض أقل من أربعة فتعد نوبات محدودة الأعراض) .

والأعراض التى تحدث أثناء النوبة هى : ضيق التنفس وشعور بالاختناق ودوخة وشعور بعدم الاتزان والاعياء وسرعة ضربات القلب والشعور بها ، والارتجاف والرعشة والعرق والغثيان او اضطراب البطن ، واختلال الاتية واختلال ادراك البيئة والخدر والشعور بالتنميل وسخونة الجسم أو الارتجاف ، وألم بالصدر أو الشعور بعدم الراحة والخوف من الموت والخوف من أن يصبح مجنوناً أو أن يحدث له شيء لا يمكن التحكم فيه خلال النوبة .

وفي غالبية حالات اضطراب الهلع التى نشاهدها فى الممارسة الاكلينيكية يحدث للشخص بعض أعراض الخوف من الأماكن المتسعة ، وهى الخوف من التواجد فى أماكن يصعب الهروب منها والتى يمكن ان تكون المساعدة غير متاحة فيها إذا حدثت نوبة الهلع أو الشعور بالخجل والارتباك الاجتماعى ولهذا

الخوف يوجد تخوف من السفر أو الحاجة لرفيق عندما يكون بعيدا عن البيت ، أو يوجد عدم تحمل لمواقف الأماكن المتسعة بغض النظر عن القلق الحاد ، والمواقف المتسعة الشائعة (٢) تشمل التواجد خارج البيت وحيدا ، أو التواجد في مكان مزدحم مثل أتوبيس أو قطار .

و يصاحب اضطراب نوبات الهلع درجات متفاوتة من العصبية والانقباض بين النوبات ، ويركز الشخص انقباضه على الخوف من حدوث نوبة أخرى ، كما توجد أعراض اكتئابية مصاحبة أيضا ، وقد يصاحب تدلى الصمام التاجي (Mitral valve prolapse) ولكن هذا لا يلغى تشخيص نوبات الهلع .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :-

يبدأ هذا الاضطراب عادة في أواخر العشرينيات من العمر ، وتكرر النوبات عدة مرات أسبوعيا أو حتى يوميا ، ونادرا ما تكون نوبة وحيدة يتبعها خوف ثابت من حدوث نوبة أخرى ، وقد يكون الاضطراب قصير الأمد (عدة أسابيع أو شهور) . وقد يتردد عدة مرات ، أو يظل لعدة سنوات ، مع فترات متفاوتة من التحسن الجزئي أو الكامل والاشتدادات .. وتتفاقم أعراض نوبات الهلع بالاسراف في تعاطي الكافيين (الموجود في المنشطات مثل الشاي والقهوة) ، وكشفت المتابعة على المدى البعيد تحسن (٥٠%) من المرضى واختفاء النوبات ، وإن النوبات ظلت دون تغير في (٢٠%) من الحالات . وقد تظهر أعراض الاكتئاب في (٧٠%) ، ولوحظ أن (٢٠%) من هؤلاء يتحولون إلى مدمنين ، وقد يصاحب اضطراب الهلع بإعاقة اجتماعية ووظيفة محدودة أولا يصاحب إطلاقا ، أما اضطراب الهلع المصاحب برهاب الأماكن المتسعة فيرتبط بإعاقة أكثر ، قد تصل إلى عدم مغادرة الشخص لمنزله فيتأثر بذلك عمله وعلاقاته الاجتماعية .. والمرضى الذين يحمل التنبؤ لهم مآلا حسناهم ذو الاداء الحسن قبل المرض وأعراضهم لفترات قصيرة .

(٢) يشمل الخوف من الأماكن المتسعة تلك الحالات غير المعتادة التي فيها تجنب ثابت نشأ أثناء مرحلة نشطة لاضطراب الهلع ، ولكن الشخص لا يعزى السلوك التجنبي الناتج الى الخوف من حدوث نوبات الهلع

تشخيص اضطراب الهلع :-

يشخص الاضطراب طبقا للدلالات التشخيصية التالية :-

أ- في وقت ما أثناء الاضطراب واحدة أو أكثر من نوبات الهلع حدثت وكانت غير متوقعة وليست ناشئة عن موقف فيه كان الشخص بؤرة اهتمام الآخرين .

ب- و يشترط أن تكون أربعة نوبات بالمواصفات السابقة (في - أ) خلال فترة أربعة أسابيع ، أو واحدة أو أكثر من النوبات تبتعتها مدة شهر على الأقل من الخوف من حدوث نوبة أخرى .

ج- ويجب ان تشمل كل نوبة على أربعة على الأقل من الأعراض الآتية :-

(١) كرشة النفس أو الشعور بالاختناق .

(٢) الدوخة أو الشعور بعدم الثبات أو الاغماء .

(٣) سرعة ضربات القلب أو الشعور بها .

(٤) الارتجاف أو الرعشة .

(٥) العرق .

(٦) الاختناق .

(٧) الغثيان أو اضطراب المعدة .

(٨) اختلال الانية أو اختلال ادراك البيئة .

(٩) الخدر أو احساس التميل .

(١٠) سخونة الجسم أو الارتجاف .

(١١) ألم في الصدر أو شعور بعدم الراحة .

(١٢) الخوف من الموت .

(١٣) الخوف من أن يصبح مجنوناً أو أن يفعل شيئاً غير مضبوط .

د- ولا يوجد سبب عضوي بدأ الاضطراب أو حافظ على استمراره مثل

الأمفيتامين أو التسمم بالكافين أو زيادة نشاط الغدة الدرقية .

ويشخص نوع اضطراب الهلع طبقا لما يلي :-

أ - اضطراب الهلع المصاحب برهاب الاماكن المتسعة : ويشخص بالاتي :-

أ - يتفق مع مواصفات اضطراب الهلع .

ب - رهاب الاماكن المتسعة : الخوف من التواجد في اماكن متسعة التي منها يصعب الهروب أو قد لا تكون المساعدة متاحة فيها في حالة حدوث نوبة الهلع - وكنتيجة لذلك يحد من ترحاله أو يحتاج لمرافق خارج البيت .

وتشخيص شدة التجنب الرهابي للاماكن المتسعة كما يلي :-

(١) خفيف : بعض التجنب ولكن نسبيا حياة طبيعية يعيشها الشخص ، مثل سفره وحده عندما يضطر لذلك .

(٢) متوسط : التجنب ينتج تضيق في نمط الحياة ، حيث يستطيع الشخص ترك المنزل وحيدا ولكن ليس لمسافة بعيدة .

(٣) شديد : التجنب يجعل الشخص مرتبط بالمنزل لا يغادره دون صحبة .

(٤) في تحسن (هواده) جزئية : لا يوجد سلوك تجنبى حاليا ولكن كان موجود بدرجة ما خلال الشهور الستة الماضية ..

(٥) تحسن (هواده) كامل : ليس هناك سلوك تجنبى حاليا ولا خلال الشهور الستة الماضية .

كما تشخص أيضا شدة نوبة الهلع :-

(١) خفيفة : خلال الشهر الماضي إما أن كل النوبات كانت محدودة الأعراض ، أو أنها كانت نوبة واحدة .

(٢) متوسطة : خلال الشهر الماضي كانت النوبات بين الخفيفة والشديدة :

(٣) شديدة : خلال الشهر الماضي حدث على الاقل ثمان نوبات هلع .

- (٤) في هدأة جزئية : حيث تكون الحالة بين التحسن الكامل والخفيفة .
- (٥) في هدأة كاملة (تحسن كامل) : خلال الشهور الستة الماضية لم تحدث نوبات هلع أو حتى نوبات محدودة الأعراض .

٢- اضطراب الهلع غير المصاحب برهاب الأماكن المتسعة و يشخص :-

أ- بمواصفات نوبات الهلع .

ب- وغياب رهاب الأماكن المتسعة .

وحدد شدة نوبة الهلع كما سبق .

التشخيص الفارق :-

١- الاضطراب العقلي العضوي : حيث أن هناك اسباب عضوية مثل نقص السكر في الدم وزيادة إفراز الغدة الدرقية وورم القواتم (pheochromocytoma) يمكن أن تحدث اعراضا مشابهة ، ولكن في وجود هذه الأسباب لا تشخص نوبات الهلع .

٢- حالات الانسحاب لبعض المواد المخدرة مثل الباربيتورات (ولكن هناك تاريخ لتوقف تعاطي مادة) .

٣- حالات الانسحاب الناتج عن الكافيين أو الامفيتامين ، فقد توجد نوبات هلع ولكن يوجد تاريخ لتعاطي مادة .

٤- الرهاب البسيط : قد تحدث للشخص نوبات هلع قبل أو عند التعرض للمثير المرهب ، وشدة النوبة تتفاوت باقتراب المثير وابتعاده .

٥- الرهاب الاجتماعي : قد يحدث للشخص نوبات هلع تنشط (تبدأ) لكونه بؤرة اهتمام الآخرين ، بينما في نوبات الهلع لا يحدث ذلك .

انتشار اضطراب الهلع :-

تصل نسبة انتشار اضطراب الهلع إلى (٢%) من عامة الناس ، ومن (٥-٢٥%) من مرضى العيادة الخارجية للأمراض النفسية ، ويشيع اضطراب الهلع المصاحب برهاب الأماكن المتسعة في الممارسة الاكلينيكية ، وهو أكثر بين النساء

عنه بين الرجال (٢ : ١) أما غير المصاحب برهاب الأماكن المتسعة فيستوى فيه الجنسين .

أسباب اضطراب الهلع :

أ - عوامل بيولوجية : إن نجاح علاج اضطراب الهلع بمضادات الاكتئاب شجع على البحث في النواحي البيولوجية ، ولوحظ الآتى :-

١ - أن استقصاءات الغدد الصماء لم تكشف عن شذوذ في اختبار (Dexamethasone Suppression) في مرضى اضطراب الهلع .

٢ - لوحظ تبدل في استجابة هرمون النمو عند التنشيط بواسطة الكلونيدين ونقص في هرمون البرولاكتين ونقص الاستجابة لهرمون منشط الغدة الدرقية .

٣ - حقن لاكتات الصوديوم وريديا (infusion) يحدث نوبات هلع في (٧٠ %) من مرضى الهلع و (٥ %) فقط من الأسوياء ، حيث إن اللاكتات تحدث زيادة غير طبيعية في النورادرينالين للمرضى الذين لديهم قابلية واستوحيت هذه الفكرة من أن مرضى القلق لديهم قدرة ضعيفة في أداء التمارين الرياضية ويتكون لديهم حمض لاكتيك أكثر من الأسوياء ، وأحيانا تحدث لهم نوبات هلع بعد التمارين الرياضية .

٤ - استنشاق ثانى أكسيد الكربون بواسطة الأشخاص ذوو القابلية يحدث قلق وهلع رغم أن الآلية في ذلك غير معروفة إلا أن ثانى أكسيد الكربون يزيد من نشاط خلايا الموضع الأزرق (Locus Cerules) .

٥ - دراسة تدفق الدم المخ كشفت عن زيادة الدم المتدفق لنصيف المخ الأيمن غير السائد والمنطقة المجاورة لقرن آمون (Hippocampus) ، في مرضى اضطراب الهلع الذين لديهم نتائج موجبة في اختبار حقن اللاكتات ، كما لوحظ زيادة أيض المخ لدى هؤلاء المرضى ، وهذه النتائج ليست موجودة في مرضى اضطراب الهلع السالبين في اختبار اللاكتات وفي الأسوياء .

٦ - لوحظ وجود بروز الصمام الميترالى (Mitral Valve Prolapse) في (٥٠ %) من مرضى اضطراب الهلع بينما وجوده في عامة الناس (٥ %) فقط ويبدو أن

الصمام الميترالى واضطراب الهلع لهما أساسا جينى واحد وهما أكثر لدى الاناث منهما لدى الذكور.. وفى وجود (Middiastolic click) عند فحص قلب المريض باضطراب الهلع يحول لرسام القلب الكهربائى (E.C.G) لتشخيص بروز الصمام الميترالى ، كما أن تسمم الغدة الدرقية يصاحب كلا من اضطراب الهلع و بروز الصمام الميترالى ولذا يجب عمل استقصاءات للغدة الدرقية .

ب - الوراثة : يوجد برهان قوى على وجود أساس جينى لاضطراب الهلع فحوالى (١٥ - ٧٥ %) من الأقارب من الدرجة الأولى لمرضى اضطراب الهلع يصابون بالمرض وبالمقارنة فإن معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (٨٠ - ٩٠ %) و (١٥ - ١٠ %) من التوائم غير المتماثلة . أما الأساس الجينى لرهاب الأماكن المتسعة فيعد أقل وضوحا برغم أن هناك تقارير تشير إلى أن (٢٠ %) من الأقارب من الدرجة الأولى لديهم (أو قد يصابون) بنفس الاضطراب .

ج - النظريات النفسية والاجتماعية :-

١ - تفسر النظرية الدينامية نوبات الهلع على أنها دفاع غير ناضج ضد الدفعات الباعثة على القلق ، مع خبرات فقد وقلق انفصال فى الطفولة .

والحيل الدفاعية المستخدمة هى الكبت والنقل والتجنب والتميز .

٢ - أما النظريات السلوكية فتعزى القلق والهلع أنه استجابة متعلمة ، إما من نموذج والدى أو خلال تشريط كلاسيكى .

علاج اضطراب الهلع :-

يعالج الهلع بمضادات الاكتئاب (ثلاثية الحلقات أو مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (M. A. OI.) ، ويعد عقار الايميبيرامين (Imipramine) أكثر العقاقير ملاءمة ، ولكن هناك دراسات تشير إلى أن عقار الديسيبرامين (Desipramine) أكثر فاعلية وأقل أعراضا جانبية ، وكذلك

الفنلزين (Phenelzine) أحد مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية .. ويمكن اعطاء بروبرانولول (Propranolol) أو البرازولام (alparazolam) في الحالات التي لا تستجيب للعقاقير السابقة .. وبعد الشفاء يجب أن يستمر العلاج لمدة ستة شهور إلى سنة ثم يوقف العلاج تدريجياً ، وإذا عادت الأعراض يعطى العلاج ثانية .. وليس هناك دليل على أن مضادات الاكتئاب مفيدة في حالات رهاب الأماكن المتسعة دون نوبات هلع ، ولذا فالعلاج في هذه الحالات عقاقير مع علاج سلوكي في صورة سلب الحساسية وزيادة التعرض للموقف المسبب للرهاب ، بالإضافة إلى تمارين الاسترخاء (Formal Muscle relaxation) أو تمارين التصوف .. وهناك العلاج النفسي التبصيري لفهم المريض المعنى اللا شعوري للقلق لديه وما يرمز إليه الموقف المتجنب ، والحاجة إلى كبت النزعات ، والمكسب الثانوي للأعراض .

٢ - رهاب الأماكن المتسعة غير المصاحب باضطراب الهلع

(Agoraphobia Without history of panic disorder)

ويميز هذا الاضطراب رهاب الأماكن المتسعة دون تاريخ سابق أو حالي لاضطراب هلع .. ورهاب الأماكن المتسعة هو الخوف من التواجد في أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها أو لا تكون المساعدة متاحة فيها في حالة حدوث الأعراض فجأة ، والتي قد تكون معوقة أو مربكة إلى حد كبير . ونتيجة لهذا الخوف فإن الشخص إما أن يجد من تنقلاته أو يحتاج إلى رفيق عند خروجه من البيت .. والمواقف الشائعة في رهاب الأماكن المتسعة مثل الخروج من البيت وحيداً ، أو التواجد في مكان مزدحم ، أو على محطة أتوبيس أو سفري قطار أو سيارة .. وعادة يخاف الشخص من حدوث نوبة ذات أعراض محدودة مثل أن يعاني دوخة أو اختلال الاتنية أو اختلال ادراك البيئة ، أو فقد السيطرة على المثانة أو الشرج أو القيء ، في بعض الحالات حدثت هذه الأعراض قبل ذلك وقد ينشغل الشخص بحدوثها مرة أخرى ، وفي حالات أخرى لم تحدث هذه الأعراض في الماضي ولكنه يخاف احتمال حدوثها .. ويصاحب الاضطراب أعراض اضطراب الشخصية التجنبية بصفة خاصة .

يبدأ هذا الاضطراب عادة في العشرينيات أو الثلاثينيات و يظل لعدة سنوات ، والإعاقة فيمن يثلن للعلاج شديدة ، وقد يحدث لهم اضطراب هلع .. وهو اضطراب شائع بين عامة الناس برغم قلة من يثلون للعلاج ، و يكثرين الإناث عنه بن الذكور .

٣- الرهاب الاجتماعي (Social Phobia)

يعرف الرهاب بوجه عام على أنه خوف غير منطقي ينتج عنه تجنب شعوري لموضوعات معينة (أو مواقف أو نشاط) مخيفة ، والخوف والسلوك غير متوافقة مع أنا المريض الذي يعي أن هذا الخوف غير حقيقي وغير منطقي .

أما الرهاب الاجتماعي فهو الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف عام ، وينشأ عن ذلك خوف ثابت من المواقف التي يتعرض فيها الشخص لإمكانية النقد من الآخرين وقد يكون الرهاب الاجتماعي محدودا مثل عدم القدرة على التحدث في جمع عام ، أو الاختناق بالطعام عند الأكل أمام الآخرين ، أو عدم قدرته على التبول في مرحاض عام ، أو ترتجف يده عندما يكتب أمام الآخرين ، وقد يشمل أغلب المواقف الاجتماعية مثل الخوف العام من قول شيء غبي أو من كونه غير قادر على إجابة أسئلة في مواقف جماعية .

ويشترط في الرهاب الاجتماعي أن لا يكون سببه اضطراب آخر على المحور الأول (Axis I) مثل الخوف من حدوث نوبة هلع في اضطراب الهلع أمام الآخرين ، والخوف من التهتة في اضطراب التهتة أمام الآخرين أيضا ، وأن لا يكون سببه اضطراب آخر على المحور الثالث (Axis III) مثل الخوف من ظهور الرعشة في حالة مرض الباركنسون .

القلق المتوقع في حالة الرهاب الاجتماعي يحدث إذا فوجيء الشخص بضرورة الدخول إلى مكان مرهب له ، فيتجنب هذا الموقف عادة ، وأحيانا يضطر نفسه إلى اقتحام الأماكن (أو المواقف) الباعثة على الرهاب الاجتماعي ولكنه يخبر (يشعر) قلق حاد ، وعادة يخاف الشخص أن يلحظ الآخرون علامات القلق عليه ، وحيث أن الخوف من المواقف الاجتماعية يسبب تجنبها وهذا

يسبب زيادة الخوف منها وهذا ايضا يزيد من التجنب ، فان الشخص يتولد لديه دائرة مفرغة من الخوف والتجنب .. والى حد ما يعنى الشخص أن خوفه غير مبرر وشديد .

و يشخص هذا الاضطراب اذا تداخل السلوك التجنبى مع الأداء الوظيفى أو مع الانشطة الاجتماعية المعتادة أو العلاقات مع الآخرين ، أو وجود كرب ملحوظ حول حدوث الخوف .

وكثيرا ما يصاحب الرهاب الاجتماعى باضطراب الهلع والرهاب البسيط .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :-

عادة يبدأ الاضطراب فى الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة ، وقد يصبح مزمنًا فى مساره ولكن هناك براهين تفيد أنه يقل كثيرا بعد منتصف العمر .

ونادرا ما يكون الاضطراب شديدا ويتداخل مع الأداء الوظيفى بسبب التجنب .. ومن مضاعفاته الادمان (الكحول ومضادات القلق) والاكتئاب نظرا لاضطراب الأداء الوظيفى .

التشخيص الفارق :-

١- تجنب مواقف اجتماعية معينة تسبب طبيعيا الشعور بالكرب و يشيع هذا الشعور عند كثير من الناس ، مع خوف طبيعى من الحديث العام ولا تنطبق عليه مواصفات الرهاب الاجتماعى

٢- فى اضطراب الشخصية التجنبية قد يوجد قلق ملحوظ وتجنب لأغلب المواقف الاجتماعية ، وهنا يؤخذ فى الاعتبار الشخصية التجنبية مع الرهاب الاجتماعى .

٣- فى الرهاب البسيط : يوجد مشير مرهب وليس الموقف الاجتماعى .

٤- فى اضطراب الهلع المصاحب بخوف الأماكن المتسعة فإن الشخص قد يتجنب مواقف اجتماعية معينة مثل المطاعم لخوفه من حدوث نوبة هلع .

انتشار الرهاب الاجتماعي :-

ينتشر الرهاب بين (٣ - ٥ %) من عامة الناس ويستوى فيه الذكور والاناث ، ولوحظ أن السخوف من الأكل في الأماكن العامة أو الكتابة أمام الآخرين أو استخدام المراحيض العامة نادرا الانتشار نسبيا ، بينما الرهاب الاجتماعي المتضمن للخوف من التحدث في جمع من الناس شائع لدى مرضى الرهاب الاجتماعي .

أسباب الرهاب الاجتماعي :-

١- العوامل البيولوجية : ليس لها دور في تسبب الرهاب الاجتماعي إلا ما لوحظ في انتشاره بين الأقارب مما يشير من قريب أو بعيد إلى احتمال عوامل جينية في تسبب الرهاب .

٢- العوامل النفسية والاجتماعية : لقد أوضح فرويد في نظريته للتحليل النفسي أن الرهاب يرجع الى استخدام دفاعات الأنا من النقل والتجنب ضد الحفزات الأ وديية المحرمة وخوف الخصاء ، أى أن الخوف انتقل من الحفزات إلى مواقف معينة أو موضوع معين وتبعه تجنب هذه المواقف (أو الموضوع) .
أما النظرية السلوكية فتفسر الرهاب بأن : قلقا في الماضي ينشأ من مثير مخيف فعلا وصاحب هذا الموقف مثير آخر (موقف أو موضوع) غير مخيف ، وتكررت هذه المصاحبة عدة مرات متتابة ، فتم التزاوج بين المثيرين وأصبح ما يثيره واحد يثيره الآخر، ثم أصبح المثير غير المخيف وحده مرتبطا بالقلق وباعثا له بعد ذلك .

علاج الرهاب الاجتماعي :-

يستخدم عقار (الفلزين) (Phenelzine) في علاج هذا الاضطراب بالإضافة إلى (البرابرانولول) (Propranolol) ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ..
وقد يلزم علاج سلوكي مع العقاقير في الحالات الشديدة ، وذلك بسلب الحساسية التدريجي عن طريق تعريضه لمواقف الرهبة تدريجيا ، ويمكن أن يتم ذلك مصاحبا لبعض العقاقير المهدئة أو تمرينات الاسترخاء الإرادي ، وهناك أسلوب الغمر (Flooding) بتعرض المريض للموقف المخيف دفعة واحدة في تخيل أو واقع .
وينصح المحللون النفسيون بالعلاج التبصيري الذي يجعل المريض فاهما لمنشأ

الرهاب وظواهر المكسب الثانوى ودور المقاومة ، لأن هذا يجعله قادرا على ايجاد طرق أكثر سواء للسيطرة على القلق ، مع حث المريض لأن يتعرض لمواقف الرهاب .

٤ - اضطراب الرهاب البسيط

(Simple Phobia)

وفيه يكون الخوف الثابت من مثير محدد (موضوع أو موقف) ، ويختلف عن الخوف من حدوث نوبة هلع (كما فى اضطراب الهلع ، وعن نقص الشعور بالذات أو الخجل فى مواقف اجتماعية معينة) (كما فى الرهاب الاجتماعى) ، وأكثر الرهابات البسيطة انتشارا تشمل الحيوانات خاصة الكلاب والثعابين والحشرات والفئران .. وتشمل الرهابات البسيطة رهبة رؤية الدم والجروح (blood injury phobia) ، ورهبة الأماكن المغلقة (claustrophobia) ورهبة المرتفعات (acrophobia) ورهبة السفر بالطائرات .. ويتجنب الشخص هذه المثيرات تجنباً للقلق ، وأحيانا يدفع الشخص نفسه لاقتحام الموقف المرهب (٣) . يصاحب اضطراب الرهاب البسيط أعراض الاغماءات الوعائية للعصب الحائر (vasovagal) عند التعرض للمثير المرهب .

ويشخص الرهاب البسيط : بالخوف من مثير أو موقف ، مع تجنب لهذا المثير يؤثر على نظام الشخص المعتاد أو مع الأنشطة الاجتماعية المعتادة ، ويعنى الشخص أن خوفه غير طبيعى ومبالغ فيه ، وليس له علاقة بمحتوى وسواسى أو حادثة سببت انعصاب .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :-

البداية فى الرهاب البسيط متفاوتة ولكن رهاب الحيوانات يبدأ فى الطفولة ، ورهاب الدم يبدأ فى المراهقة غالبا أو بداية الرشد ، أما رهابات الأماكن المرتفعة

(٣) هذا ما اسماء أوتوفينغل الموقف المناقض للرهاب (counterphobic attitude) حيث يظهر الشخص شجاعة فى مواجهة الموقف أو الموضوع المرهب له داخليا ، فيكون الانتكار والتكوين العكسى حيلة وراء هذا السلوك .

وقيادة السيارات والاماكن المغلقة والسفر بالطائرات فتبدأ في العقد الرابع من العمر.. واغلب الرهابات البسيطة التي تبدأ في الطفولة تختفى دون علاج ، ومايظل منها الى الحياة البالغة نادرا مايختفى دون علاج .. والاعاقة التي تنشأ عن الرهاب البسيط طفيفة اذا كان يسهل تجنب المثير مثل رهاب الثعابين ، وتشتد الاعاقة اذا كان مثير الرهاب شائعا ومنتشرا ولا يمكن تجنبه مثل الخوف من ركوب السيارات لشخص يعيش في المدينة .

التشخيص الفارق :-

- ١ - الفصام : فيه بعض الانشطة يتجنبها المريض استجابة للضلالات ، ولكنه لايتعرف على هذا الخوف كرهاب .
- ٢ - في الانعصاب التابع لحادثة : التجنب للمثيرات المرتبطة بحادث معين .
- ٣ - في اضطراب الوسواس القهري : قد يكون التجنب مرتبط بالقذارة أو التلوث .

انتشار الرهاب البسيط :

الرهابات البسيطة شائعة لدى عامة الناس ولكن نادرا ماينتج عنها اعاقة ملحوظة ، ونادرا مايبحثون عن علاج ، وهي اكثر شيوعا لدى الاناث .

اسباب الرهاب البسيط :

هي نفس الاسباب التي تقدم ذكرها كأسباب للرهاب الاجتماعي .

علاج الرهاب البسيط :-

يسير علاج الرهاب البسيط على نفس خطوط علاج الرهاب الاجتماعي من اعطاء عقاقير (الفنلزين أو البربرانولول أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ، مع علاج سلوكي ، وعلاج نفسي تحليلي يبصر المريض بنشأة الرهاب لديه ورمزيته والمكسب الثانوي .

٥ - اضطراب الوسواس القهري (Obsessive compulsive Disorder)

وأهم ما يميز هذا الاضطراب هو الوسواس المتكررة أو الطقوس القهرية التي تكون شديدة لدرجة تسبب الازعاج والكرب ، إما باستهلاك الوقت أو تتداخل مع نشاط الشخص المعتاد أو أدائه لوظيفته المهنية أو أنشطته الاجتماعية المعتادة أو علاقاته مع الآخرين ، ولا يستطيع الشخص مقاومتها .

والوسواس عبارة عن أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى مثل : نزعات متكررة لدى أب أن يقتل ابنه الذي يحبه ويحاول الشخص أن يتجنب أو يتجاهل أو يكبح مثل هذه الافكار أو النزعات ، أو يحاول تخفيفها ، ويعرف الشخص على أن افكاره الوسواسية من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من خارجه (كما في اضطراب القوة المتحكمة في التفكير) .

وأكثر الوسواس شيوعا هي الافكار العنيفة المترددة (مثل فكرة قتل الأب لطفلة) ، أو التلوث (مثل افكار العدوى لمصافحة اخر) ، والشك (مثل الشك أنه فعل الشيء أم لا) .

أما الدفعات القهرية . فهي سلوكيات متكررة غير هادفة وعن قصد ، وتتم كاستجابة لوسواس طبقا لقوانين معينة ، أو بشكل متكرر غمطي ، وخطط هذا السلوك لتقليل أو لمنع عدم الراحة أو بعض الأحداث أو المواقف المخيفة ، الا أنه اما أن النشاط غير مرتبط بطريقة واقعية مع ما خطط لمنعه (٤) أو أنه مبالغ فيه بشدة .. والفعل القهري يتم باحساس ذاتي بالقهر الذي يصاحب الرغبة في المقاومة للقهور (على الاقل مبدئيا) ، ويعى الشخص أن سلوكه مبتذل وغير معقول (ولكن هذا قد يكون غير حقيقى في حالات الاطفال الصغار ، والبالغين الذين تطورت وساوسهم الى أفكار مبالغ في قيمتها) ، ولا يحصل الشخص على لذة

(٤) مثل الطفل الذى يدور حول عمود الكهرباء أمام منزله قبل الدخول فيه كى لا يموت أحد من افراد أسرته .

من الوسواس برغم أنه يقلل التوتر، وأغلب القهورات شيوعاً هي غسل اليدين والعد واللمس والهز.

عندما يحاول الشخص أن يقاوم القهور ينتابه شعور بتوتر غامر، هذا التوتر يمكن تخفيفه مباشرة بممارسة الفعل القهرى .

وهناك اعراض مصاحبة لاضطراب الوسواس القهرى أهمها الاكتئاب والقلق ورهاب فيه تجنب لمواقف قد تشمل محتوى من الوسواس ، مثل تجنب المصافحة لدى شخص لديه وسواس عن التلوث فيتجنب المصافحة باليدين مع الغرباء .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :-

يبدأ الاضطراب عادة في المراهقة أو بداية الرشد وقد يبدأ في الطفولة ، فلقد لوحظ أن (٥٠ %) من المرضى بدأت أعراضهم قبل الرابعة والعشرين من العمر وأن (٨٠ %) قبل سن الخامسة والثلاثين ، وأن (٥٠ - ٧٠ %) من المرضى تبدأ الأعراض لديهم بعد كرب (أو شدة) ، والبداية قد تكون حادة في نصف الحالات .. وعادة يتكتم المريض أعراضه ولا يمثل للعلاج الا بعد سنوات . ومسار الاضطراب مرمز يتميز بفترات متناوبة من الهوادة والاشتداد ، ولوحظ أن حوالى (٢٠ - ٣٠ %) من المرضى يتحسنون بدرجة كبيرة وأن (٤٠ - ٥٠ %) يتحسنون بدرجة متوسطة بينما (٢٠ - ٤٠ %) من المرضى إما أن يظلوا كما هم أو تتفاقم أعراضهم ، وأن ثلث المرضى يصابون بالاكتئاب الذى قد يكون من بين مضاعفاته الانتحار أو الاذمان ، وهناك خطر ضئيل من تحول الوسواس إلى فصام .. والمآل الحسن للمرض مرتبط بحسن التكيف الاجتماعى والوظيفى ، وغياب الأفعال القهرية فى وجود وسواس ، مع وجود عامل مرسب ، وطبيعة نوابية للأعراض .. كما لوحظ أنه لا توجد علاقة بين محتوى الوسواس والتنبؤ بمآل المرض .

وعادة يتكتم المريض أعراضه ولا يمثل للعلاج الا بعد سنوات .. ومسار الاضطراب مزمن يتميز بفترات متناوبة من الهوادة والاشتداد ، ولوحظ أن حوالى (٢٠ - ٣٠ %) من المرضى يتحسنون بدرجة كبيرة وأن (٤٠ - ٥٠ %) يتحسنون بدرجة متوسطة بينما (٢٠ - ٤٠ %) من المرضى إما أن يظلوا كما هم أو تتفاقم

أعراضهم ، وأن ثلث المرضى يصابون بالاكتئاب الذى قد يكون من بين مضاعفاته الانتحار أو الإدمان ، وهناك خطر ضئيل من تحول الوسواس إلى فصام .. والمآل الحسن للمرض مرتبط بحسن التكيف الاجتماعى والوظيفى ، وغياب الأفعال القهرية فى وجود وساوس ، مع وجود عامل مرسب ، وطبيعة نواية للاعراض .. كما لوحظ أنه لا توجد علاقة بين محتوى الوسواس والتنبؤ بمآل المرض .

التشخيص الفارق :-

١ - اضطرابات الأكل أو السلوك الجنسى (Paraphilias) أو المقامرة المرضية أو الإدمان ، فعندما يندمج فيها بشدة قد يشار إليها كفعل قهرى (compulsive) ، إلا أن هذه الأنشطة ليست قهورات حقيقية لأن الشخص يحصل على لذة من أى منها ، وقد يرغب فى مقاومتها فقط بسبب نتائجها الضارة ، ونفس الشيء فى هوس السرقة (Kleptomania) .

٢ - فى نوبة الاكتئاب العظمى : قد توجد وساوس غير حقيقية ، مثل الأفكار التشاؤمية ، ولكن لا توجد مواصفات الاكتئاب التشخيصية .

٣ - الفصام : وفيه تكون الأفكار مفرطة الغرابة ولا يمكن هزها بالنقاش معه لأنها تصل إلى درجة الضلال ، كما أن السلوك النمطى فى الفصام شائع ولكنه يرجع الى ضلالات أكثر من كونه قهورات حقيقية ، وفى بعض حالات الوسواس قد يوجد ضلالات مفرطة الغرابة وأعراض أخرى ليست لها علاقة بالوسواس ، وهذا يتيح تشخيص إضافى هو الفصام .

٤ - فى بعض الناس يوجد الوسواس مع اضطراب (توريت) (Tourette's) - .

انتشار اضطراب الوسواس القهرى :-

قدرت نسبة انتشاره (٠.٥ ٪) بين عامة الناس ، ولكن يعتقد أنه أكثر شيوعاً من هذه النسبة وأن طبيعة التكتّم لدى هؤلاء المرضى هى سبب نقص معدل الانتشار وهم يمثلون (١ ٪) من مرضى العيادات النفسية ويزيد معدل ذكائهم عن المتوسط و يكثر انتشاره بين الذكور عنه بين الإناث .

أسباب اضطراب الوسواس القهري :-

١ - عوامل بيولوجية :-

هناك ملاحظات بيولوجية نبهت إلى دور للعوامل البيولوجية في مرضى

الوسواس هي :

(١) يوجد تاريخ إصابة أثناء الولادة لهؤلاء المرضى ، مما يشير إلى دور لإصابة الدماغ في تسبب الوسواس .

(٢) بعض مرضى صرع الفص الصدغي لديهم أعراض تشبه الوسواس .

(٣) دراسة النشاط الأيضي لمناطق الدماغ في مرضى الوسواس كشفت عن زيادة نشاط الأيضي في بعض المناطق عن غيرها .

(٤) وجود عديد من الشذوذات غير النوعية في نمط تخطيط الدماغ الكهربائي لهؤلاء المرضى ويعتقد أنها (أى الشذوذات) متركزة في النصف الأيسر من المخ .

(٥) وجود انتشار بين الأقارب من الدرجة الأولى للمرضى بنسبة (٣-٧٪) بالمقارنة ب (٥.٠٪) بين أقارب مرضى اضطرابات القلق الأخرى ، يشير إلى احتمال ضعيف للعامل الوراثي .

٢ - عوامل نفسية واجتماعية :-

(١) لقد وصف فرويد ثلاثة آليات (حيل) دفاعية تحدد شكل وكيفية الوسواس القهري هي العزل والابطال (Undoing) والتكوين العكسي .. فالعزل يكون لحماية الشخص من القلق من تأثير الحفزات الغريزية ، وفي حالة نجاح العزل تماما فإن الحفزات وما يرتبط بها من وجدان (مشاعر) تكبت تماما ، ويعنى فقط فكرة عارية من المشاعر وإن كانت مرتبطة بها .. أما الابطال فيرجع إلى التهديد الدائم أن الحفزة قد تهرب من خط الدفاع الأول وهو العزل وتصبح طليقة فواجه الشخص القلق ، ولذا يتكون خط الدفاع الثانى في ابطال الحفزة الغريزية بفعل الوسواس .. أما دور التكوين العكسي فليس في تكوين الأعراض بقدر ما يكون في نمط السلوك

الظواهر والمواقف التي يعيها الشخص والتي تظهر العكس تماما للحفزات التي تكمن خلفها .

(٢) ولوحظ في علاقة الشخص والوسواس بموضوعة ثنائية المشاعر (ambivalence) وهي حب الموضوع وكراهيته ، هذا الصراع من تناقض الانفعالات قد يلاحظ في نمط الفعل وعدم الفعل السلوكي .

(٣) ينكص الوسواسي إلى طريقة التفكير السحري (وهي طريقة أولية للتفكير) علاوة على وجود نزعات ، أي أن وظائف الأنا (Ego) والغرائز (I d) تختل بالنكوص ، فيتصور أن مجرد تفكيره في حدث ما في العالم الخارجي سوف يوقع الحدث دون فعل مباشر ، وهذا يجعل مجرد الشعور بنزعة العدوان مخيفا لمرضى الوسواس القهري .

علاقة الوسواس القهري :-

لوحظ أن عقار الكلوميبرامين (clomipramine) له فعالية في علاج الوسواس القهري ، وقد يظهر مفعوله متأخرا بعد شهرين من بدء العلاج ، وتظهر فعاليته بصفة خاصة في وجود طقوس قهرية ، ويظل العلاج لمدة تتراوح من ستة شهور إلى عام قبل إيقاف العلاج ، ولوحظ أن عديد من المرضى ينتكسون بعد توقف العلاج العقارى .

ويذكر المعالجون النفسيون التحليليون أن كثيرا من أعراض مرض الوسواس تتحسن بالعلاج النفسى التحليلي خلال مسار العلاج واستبصار المرضى بنزعاتهم وتحولاتها عن طريق الحيل الدفاعية .. والعلاج النفسى التدعيمى هام للمريض قادر على العمل والتكيف الاجتماعى ويدفع في هذا الاتجاه من خلال علاقة علاجية وتدعيمية أسريا بتوضيح الأعراض لأفراد الأسرة وطمأنتهم وتجنبه الضغوط الأسرية .

ويرى المعالجون السلوكيون أن حوالى (٧٠ %) من هؤلاء المرضى يتحسنون بالعلاج السلوكي الذى يتضمن فنيات سلب الحساسية (Desensitization) والغمر (Flooding) والتشريط المعاكس (Aversive conditioning) .

٦ - اضطراب الانعصاب التابع لحادث

(Post — Traumatic Stress Disorder)

و يتميز بأعراض خاصة بعد صدمة بعينها ، وهذه الصدمة أشد من أن تستوعبها خبرة الانسان المعتاد (٥) .. وهذه الاعراض تشمل اعادة المعاشة للحادث الصادم والاستغراق في ذلك لدرجة تجعله منعزلا عن العالم من حوله وغير مستجيب له ، وهذا يسمى بالخدر النفسى (Psychic numbing) أو الخدر الانفعالى (emotional anesthesia) ، مع فقد الشعور بالألفة ، وزيادة اليقظة والحذر مما يجعله يحفل لأتفه الأسباب ، وضعف الناحية الجنسية ، واضطراب النوم ، والشعور بالذنب تجاه نجاته من الحادث (اذا حدث هلاك لمن معه) ، وخلل بالذاكرة ناتج عن نقص الانتباه (القدرة على التركيز) ، مع تجنب للنشاطات التى تذكره بالحادث .

واكثر الحوادث شيوعا هى التهديد الخطير لحياة الشخص أو لسلامته الجسمانية أو تهديد خطير لزوجته أو اطفاله أو آخر مقرب إليه جدا ، أو تدمير مفاجئ لبيت الشخص ، أو مشاهدة شخص آخر أصيب أو قتل نتيجة لحادث أو عدوان جسمانى .

والشخص قد يمر بخبرة الحادث بمفرده (مثل الاغتصاب الجنسى) أو فى صحبة من الناس مثل الكوارث الطبيعية (كالفيضانات والزلازل) أو حوادث السيارات والطائرات والحرائق .

وبالاضافة إلى إعادة معاشة الحادث يوجد تجنب ثابت للمثيرات المرتبطة به ، أو خدر فى الاستجابات العامة لم يكن موجودا قبل الحادث ، وعادة يبذل الشخص مجهودات متقنة لتجنب الأفكار أو المشاعر عن الحادث الأليم الصادم والأنشطة أو المواقف التى توقظ تذكر الحادث ، وهذا التجنب للبقايا للحادث قد يشمل النساوة النفسية لجانب هام من الحادث .

(٥) أى حادث يخرج عن خبرات الشخص الشائعة (مثل فقد الموت البسيط أو المرض المزمن) ، ويجب أن يكون مزعجا لأى شخص غالبا ، ويخبره الشخص مصاحبا بخوف شديد وفزع وعجز .

و يشار إلى نقص الاستجابة للعالم الخارجي، كخدر نفسي (Psychic numbing) أو خدر انفعالي (emotional aneesthesia)، وعادة تبدأ بعد الحوادث الصادم، وقد يشكو الشخص من مشاعر الانسلاخ عن الناس، أو أنه فقد القدرة على أن يصبح مهتما بأنشطته السابقة، أو فقد قدرته على الشعور بانفعالات من أى نوع، خاصة المرتبطة بالتعاطف والرفق، كما أن القدرة الجنسية تتناقص إلى حد كبير.

وهناك أعراض زيادة اليقظة والحذر لم تكن موجودة قبل الحادث تشمل صعوبة الدخول في النوم أو صعوبة مواصلة النوم (بسبب كوابيس يعاد خلالها معايشة الحادث) مع الخضة، والبعض يشكو من صعوبة التركيز وإنهاء المهام، في الحالات الخفيفة قد يصبح التعبير عن العدوان في صورة سرعة استثارة أو خوف من فقد السيطرة على النفس وفي الحالات الشديدة قد يصبح في صورة انفجارات غير متوقعة من العدوان، أو تنعدم قدرة التعبير عن مشاعر الغضب.

والأعراض المميزة لانعصاب ما بعد حادثة أو التفاعلات الفسيولوجية غالباً حادة، أو ترسب عندما يتعرض الشخص لمواقف أو أنشطة تشبه أو ترمز للحادث الأصلي.

وهناك أعراض خاصة بالسن، فالطفل الذي يتعرض لحادث قد يصبح أبكم، أو يرفض الكلام عن الحادث (٦) وفي الأطفال صغار السن تكون الأحلام المفزعة عن الحادث، وتظل عدة أسابيع بعده، أو تظهر الكوابيس عامة غير مرتبطة بالحادث.. ولكن نقص الاهتمام بالأنشطة وتضييق الوجدان قد يكون صعباً بالنسبة للأطفال أن يعبروا عنه، فيجب أن يتم الاستفسار عنه بعناية من الوالدين والمدرسين والملاحظين الآخرين، ولوحظ تغير الاهتمام والنظرة المستقبلية، حيث يفقد الأمل في المستقبل ويصبح متشائماً فلا يتوقع أن يحصل على عمل أو يتزوج.. وقد يظهر على الأطفال علامات جسمانية مختلفة مثل الام المعدة والصداع وزيادة القلق.

(٦) براعى التمييز بين هذا وبين اضطراب الذاكرة.

وتصاحب الصورة الاكلينيكية لاضطراب الانعصاب بعد حادثة بأعراض الاكتئاب والقلق ، كما قد يوجد سلوك اندفاعى مثل تغيير فجائى فى مكان العمل أو الانقطاع عن العمل دون سبب واضح ، أو تغيير أسلوب حياته ، وقد توجد أعراض تشير إلى اضطراب عقلى عضوى مثل النسيان وصعوبة التركيز والتقلب الانفعالى والصداع والدوار (Vertigo)

ولقد لوحظ هذا الاضطراب أول مرة أثناء الحرب الأهلية الأمريكية (١٨٧١م) وسمى (لزمة قلب الجندى) (Solder's heart Synd) بسبب أعراض اضطراب القلب .. وفى الحرب العالمية الأولى وصفت هذه اللزمة كصدمة ارتجاف (Shell Shock) وافترض أنها تنشأ من إصابة للدماغ ولوحظ أعراض لزمة الانعصاب بعد حادثة أثناء الحرب العالمية الثانية لدى الناجين من معسكرات التعذيب النازية ، ولدى الناجين من القنابل الذرية باليابان ، فورد الاضطراب فى دليل التشخيص الاحصائى الأمريكى الاول (D S M. I) (١٩٥٢) تحت اسم (تفاعل الانعصاب البارز) (gross stress reaction) ، ثم اغفله الدليل التشخيصى الاحصائى الثانى (D S M.II) (١٩٦٨) ، إلا أن تكرار ظهور الاضطراب فى أعقاب الحرب الفيتنامية الأمريكية أفسح له مكانا جديدا فى الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث (D S M. III) (١٩٨٠) تحت اسم (اضطراب الانعصاب التابع لحادث) .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :-

يحدث الاضطراب عند أى سن بما فى ذلك الطفولة بعد حادث ، وقد يتأخر الاضطراب لما بعد الحادث بأسبوع أو يمتد التأخير إلى ثلاثين عاما ، والأعراض متماوجة (فترات من الاشتداد وأخرى من الهوادة) بمرور الوقت ، وقد تزداد خلال فترات التعرض لضغوط ، ولوحظ أن حوالى (٣٠ %) من المرضى يتم شفاؤهم ، بينما (٤٠ %) تظل لديهم أعراض خفيفة ، و (٢٠ %) تظل لديهم أعراض متوسطة الشدة ، و (١٠ %) من المرضى تسوء حالتهم أو تظل كما هى دون تغير .. و يرتبط التنبؤ بمآل حسن لاضطراب الانعصاب التابع لحادث فى الحالات ذات البداية السريعة ، والتي تقل مدة الأعراض فيها عن ستة شهور ،

والأداء الوظيفي السجيد قبل المرض ، والمساندة الاجتماعية القوية وغياب الامراض العضوية والنفسية الأخرى .. ومن مضاعفات هذا الاضطراب التجنب الرهابى للأنشطة التى تشبه أو تشير الى الحادث الأسمى ، وقد يتداخل فى العلاقات مع الآخرين بالاضافة إلى التقلب الانفعالى والشعور بالذنب الذى قد يؤدى الى الانتحار.

التشخيص الفارق :-

١- القلق أو الاكتئاب أو الاضطراب العقلى العضوى : إذا حدث بعد حادثة فإن هذه التشخيصات يجب وضعها فى الاعتبار.

٢- اضطراب التأقلم : عادة الطرف الضاغظ أقل شدة وتستوعب الخبرة الانسانية المعتادة مع غياب إعادة المعاشة للحادث والأعراض الأخرى المميزة لاضطراب الانعصاب بعد حادث .

انتشار اضطراب الانعصاب التابع لحادث :-

يتفاوت الانتشار حسب حدوث الكوارث الطبيعية والحوادث الصادمة ، فلقد لوحظ أن حوالى (٥٠ - ٨٠ ٪) ممن ينجون من كارثة طبيعية قد يحدث لهم الاضطراب ، أما انتشاره بين عامة الناس فهو (٥ و ٠ ٪) لدى الذكور و (١٩ و ٢ ٪) لدى الاناث ، و يكثر انتشاره بين الشباب ،

أسباب اضطراب الانعصاب التابع لحادث :-

أهم أسباب هذا الاضطراب هو الحادث المسبب لانضغاط مع الظروف الاجتماعية والسمات الشخصية للمريض وقابليته البيولوجية .. وبصفة عامة صغار السن من الاطفال وكبار السن من الشيوخ يجدون صعوبة فى تحمل الظروف الضاغطة والأحداث الصادمة ، كما أن الاشخاص الذين يرتبطون بعلاقات اجتماعية طيبة أقل عرضه لحدوث الاضطراب .

و يعتقد البيولوجيون أن المرضى الذين يحدث لهم اضطراب الانعصاب التابع لحادث لديهم قابلية لزيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل ، ولوحظ أن إعادة

معايشة الحادث لهؤلاء المرضى يصاحبها زيادة افراز الكاتيكول أمينات ، كما أن تخطيط الدماغ الكهربائي أثناء النوم لهم كشف أن نومهم يشبه النوم في حالات الاكتئاب العظمى ، في نقص النوم المصحوب بحركة العين السريعة (R E M) والمرحلة الرابعة من النوم بطيء الموجة .. وهناك دراسات حديثة تشير إلى أن شبه الأفيونات الداخلية تفرز من خلال إعادة معايشة الحادث وأن الأعراض قد تكون نتيجة انسحاب شبه الأفيونات الداخلية .

أما النظرية التحليلية فتري أن الحادث ينشط صراعات داخلية من الطفولة المبكرة لم تحل ، ويشمل ذلك الصدمات العاطفية في الطفولة والتي أصبحت لا شعورية . وإعادة هذه الصدمات يسبب نكوصا مع ظهور الكبت والانكار والابطال كحيل دفاعية مصاحبة ، وتزداد إعادة المعايشة بواسطة الأنا هو طريقة لتخفيف القلق والسيطرة عليه ، بالإضافة إلى ما يحصل عليه كمكسب ثانوى من المحيطين به من تعاطف واهتمام وشفقة واشباع لحاجاته الاعتمادية ، وهذا يدعم الاضطراب ويجعله يستمر .

علاج اضطراب الانعصاب بعد حادث :-

تستخدم العقاقير المضادة للاكتئاب مثل (الاميتريبتيلين) و (الإيميرامين) و (الفلنزين) في علاج الانعصاب بعد حادث خاصة في وجود أعراض اكتئابية أو تشبه اضطراب الملح . وهناك تقارير اكلينيكية تشير إلى جدوى الكلونيدين (Clonidine) و (البربرانولول) (Propranolol) في علاج هذا الاضطراب . وأحيانا يلزم اعطاء مضادات ذهان إذا لوحظ الغليان في سلوك الشخص (الفوران الداخلى) (agitated) .. كما أن العلاج النفسى ضرورى لاعطاء الفهم للأعراض والمساندة والطمأنه ، كما يقلل من خطورة أن يصبح الاضطراب مزمننا .. وقد يلزم ادخال المريض مستشفى إذا كانت الأعراض شديدة أو لوحظ احتمال الانتحار .

٧- اضطراب القلق العام

(generalized Anxiety Disorder)

يتميز اضطراب القلق العام بقلق (٧) شديد غير واقعي ، وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول اثنان أو أكثر من ظروف الحياة ، والذي يستمر لمدة ستة شهور أو أكثر ، على أن يكون الشخص خلالها قد عانى من هذه القلاقل أغلب الأيام .

الصورة الاكلينيكية للقلق :-

وتشمل أعراض التوتر العضلي ، وأعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل ، وأعراض الخوف والحذر ، والأعراض المصاحبة .

أولاً : أعراض التوتر العضلي : وهي الارتجاف أو الرعشة ورفة العضلات والشعور بالاهتزاز وتوتر العضلات وآلامها وعدم الاستقرار وسرعة الاجهاد .

ثانياً : أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل : وتشمل كرشة النفس والشعور بالاختناق والشعور بضربات القلب وسرعتها والعرق وبرودة الأطراف ، وجفاف الحلق والدوخة وخفة الرأس ، والغثيان والاسهال أو أعراض اضطراب معوي ، وسخونة الوجه وكثرة التبول واضطراب البلع أو الشعور بسدة في الزور .

ثالثاً : أعراض الخوف والحذر : وتشمل شعور الشخص بأنه على حافة الهاوية ، والخضة وصعوبة التركيز والأرق في بداية النوم أو خلاله ، وسرعة الاستشارة وفي الأطفال والمراهقين قد يأخذ هذا شكل القلق والترقب فيما يتعلق بالانجاز الدراسي والرياضي والاجتماعي .

رابعاً : الأعراض المصاحبة : وعادة تكون أعراض اكتئابية خفيفة ، وقد تكون أعراض هلع ولكن ليست لها علاقة باضطراب القلق العام .

(٧) سبق أن عرفنا القلق كعرض مرضي : بأنه الخوف غير المحدد وتوقع حدوث مكروه .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :-

قد يبدأ الاضطراب في أى سن ولكنه يكثر في العشرينيات والثلاثينيات من العمر ومن تعريفه يعد اضطرابا مزمنا وقد يظل مدى الحياة ، والاعاقة مع اضطراب القلق العام خفيفة إذا حدثت ، ولكن من مضاعفاته حدوث نوبات هلع في (٢٥%) من المصابين به ، أو ادمان العقاقير المهدئة في محاولات المريض علاج نفسه ذاتيا .

التشخيص :-

يشخص اضطراب القلق العام في غياب أعراض نشطة لاضطراب الوجدان في حالة توفر المواصفات الآتية :-

- ١- وجود قلق شديد وانقباض (توقع مكروه) حول اثنان أو أكثر من ظروف الحياة (مثل قلق الشخص على حظ سيء لابنه مستقبلا دون مبرر منطقي) .. لمدة ستة شهور أو أكثر، وكانت الأعراض في أغلب الأيام .
- ٢- إذا وجد اضطراب آخر (على المحور الأول) فإن القلق لا يكون مترتبا عليه ، فليس القلق خوفا من حدوث نوبات هلع (كما في اضطراب الهلع) ، وليس القلق من التواجد في جمع من الناس (كما في الرهاب الاجتماعي) ، وليس القلق كخوف من التلوث (كما في اضطراب الوسواس القهري) ، وليس الخوف من اكتساب وزن (كما في حالات القهم العصابي) .
- ٣- ليس الاضطراب فقط من خلال اضطراب الوجدان أو اضطراب ذهاني .
- ٤- ويشترط وجود ستة أعراض من الثمانية عشرة الآتية (على أن لا يكون من بينها أعراض تحدث فقط خلال نوبة هلع) .

أ- أعراض التوتر الحركي :-

- ١- الارتجاف أو ورقة العضلات أو الشعور بالاهتزاز .
- ٢- توتر العضلات أو الآمها .
- ٣- عدم الاستقرار .
- ٤- سرعة الشعور بالاجهاد .

بـ أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل :-

- ١ - كرشة النفس أو الشعور بالاختناق .
- ٢ - سرعة ضربات القلب أو الشعور بها .
- ٣ - عرق الكفين أو برودة اليدين .
- ٤ - جفاف الحلق .
- ٥ - الدوخة أو خفة الرأس .
- ٦ - الغثيان أو الاسهال أو اضطرابات معدية أخرى .
- ٧ - سخونة بالجسم أو ارتجافات .
- ٨ - كثرة التبول .
- ٩ - صعوبة البلع .

جـ أعراض زيادة الحذر:-

- ١ - الشعور بان الشخص على حافة الهاوية .
- ٢ - استجابات الخضة المبالغ فيها .
- ٣ - صعوبة التركيز (Mind going blank) .
- ٤ - الأرق في بدء النوم .
- ٥ - سرعة الاستثارة .

د - ليس السبب في بدء الاضطرابات (أو المحافظة على استمراره) عضويا
(مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية أو الانسمام بالكافيين) .

التشخيص الفارق :-

- ١ - القلق العضوى : مثل حالات زيادة نشاط الغدة الدرقية أو الانسمام
بالكافيين .

٢ - اضطراب التأقلم المصاحب بوجود قلق : لا توجد فيه الصورة الاكلينيكية الكاملة لأعراض القلق ، ومدة الاضطراب أقل من ستة شهور ، ويجب وجود عامل ضاغط معروف (Stressful Factor) .

٣ - في الاضطرابات الذهانية واضطرابات الاكل واضطرابات القلق والاضطرابات الاكتئابية واضطرابات عقلية أخرى عديدة ، يكون القلق والترقب الحذر أعراضا بارزة ، ولكنها تعزى بوضوح للاضطراب المسبب عنها ، في حين أنه يشخص اضطراب القلق العام فقط في حالة وجود القلق وأعراضه دون علاقة بأي اضطراب آخر .

انتشار اضطراب القلق العام :-

هناك دراسات عديدة تشير إلى أن انتشار القلق العام يصل إلى (٢-٥ %) من الناس كافة ، ولكن بعض الدراسات تشير إلى أنه ليس بهذه الدرجة من الانتشار ، وأن الاضطرابات الأخرى التي تحمل في طياتها قلق تضاف بعض حالاتها إلى هذه النسبة .. ويستوى فيه الجنسان أي أن نسبة الذكور تماثل نسبته بين الاناث ، برغم أن بعض الدراسات تشير إلى أنه يكثر بين الاناث بنسبة (١ : ٢) .

أسباب اضطراب القلق العام :-

١ - العوامل البيولوجية : هناك افتراض أن النورأدرينالين والجابا (GABA) والسيروتونين في الفص الأمامي والجهاز الطرفي من المخ يشتركون معا في باثوفسيولوجية هذا الاضطراب ، وأن هؤلاء المرضى يميلون لأن يكون لديهم زيادة نشاط السمبتاوى واستجاباتهم مبالغ فيها .. كما لوحظ وجود شذوذات في تخطيط الدماغ خاصة في إيقاع ألفا وفي فرق الجهد المستحث ، وكشفت دراسات تخطيط الدماغ أثناء النوم عن نقص النوم المتميز بموجات دلتا البطيئة ، ونقص المرحلة الأولى من النوم بطيء الموجة ، بالإضافة إلى نقص النوم المصحوب بحركة العين السريعة ، وهذه التغيرات مختلفة عن ما يلاحظ في مرض الاكتئاب ، والملاحظ أن هذه التغيرات البيولوجية مبنية على قياسات موضوعية تقارن وظائف

الدماغ لدى مرضى القلق بالأسوياء ، سواء كانت التغيرات البيولوجية أولية أو ثانوية لتأثيرات القلق فهذا لم يتحدد بعد .

ولوحظ أن (٢٥ ٪) من أقارب الدرجة الأولى للمرضى يصابون أيضاً بالقلق ، مما يشير إلى دور للجينات الوراثية ولكن دراسات التوائم لم تؤكد ذلك ، بل أثارت نتائجها الجدل حول دور الجينات الوراثية .

٢ - العوامل النفسية الاجتماعية :-

عرف فرويد القلق بأنه إشارة إلى أن نزعة غير مقبولة تضغط للمثول والخروج ، والقلق كإشارة يوقظ الأنا لعمل دفاعات ضد هذه الضغوط القادمة من الداخل ، إذا تصاعد القلق عن الحد الأدنى من الشدة المميز لوظيفته كمحذر ، فإنه قد يبرز بكل اشتعاله في نوبات هلع ، الأمثل أن استخدام الكبت فقط سوف ينتج استعادة التوازن الفسيولوجي دون تكون أعراض ، حيث أن الكبت الفعال يحتوى تماما الغرثز وتأثيراتها المرتبطة بها وخيالاتها بدفعها إلى اللاشعور ، أما إذا فشل الكبت كدفاع فإن دفاعات أخرى (مثل القلب والنقل والنكوص) قد تنتج وتتكون الأعراض وهكذا تتكون صورة القلق (أو العصاب) .

والقلق في إطار النظرية التحليلية أحد الأربعة الآتية :-

١ - قلق الغرائز (Id anxiety) : ويشاربه إلى عدم الراحة الأولية المبهمة الذى ينتاب الطفل عندما يشعر أنه مريبك باحتياجات ومثيرات يشعر معها أنه عاجز و يسبب له هذا فقد التحكم والسيطرة .

٢ - قلق الانفصال (Separation anxiety) : ويعزى إلى مرحلة قبل أوديبية ، ولكن الطفل أكبر من السابقة ، ويخاف من فقد الحب أو أن يصبح منبوذا من والديه إذا فشل في ضبط نفسه وتوجيه نزعاته في تطابق مع قيمهم ومتطلباتهم .

٣ - قلق الخصاء : وهو يميز الطفل في الموقف الأوديبى المصحوب بخيالات ومخاوف الخصاء المرتبط بنمو نزعاته الجنسية وقد يتكرر لدى البالغ في شكل مرضى .

٤ - قلق الأنا الأعلى : وهو نتيجة مباشرة للنمو النهائي للأنا الأعلى الذى يميز حل العقدة الأوديبية .

علاج القلق العام :-

يجب أن يقلل الأطباء من وصف العقاقير المضادة للقلق العام ما أمكن ، وذلك لطبيعته المرض المزمنة التى توجب تخطيط العلاج بدقة .. وتعد مجموعة البنزوديازيبين (Benzodiazepines) حاليا هى المجموعة المفضلة فى علاج القلق ، على أن تعطى عند اللزوم أو تعطى لفترة محدودة ثم توقف ، وخلال هذه الفترة يكون هناك دور للعلاج النفسى والاجتماعى فى اكتشاف أسباب القلق والعمل على حلها ، حيث أن الاستمرار فى تعاطى هذه العقاقير يحمل مخاطر الادمان^(٨) .. وتستخدم المطمئنان العظمى بجرعات صغيرة فى علاج القلق ، كما تستخدم مقفلات مستقبلات البيتا الأدرينالية (B- adrenergic blockers)^(٩) ، ومضادات الاكتئاب ثلاثية (T.C.A.D.) ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAOI) ومضادات الحساسية (Antihistamines) .

وعلاج القلق من المنظور التحليلي يتم من خلال علاج تبصيرى طويل الأمد موجة نحو تكوين الطرح (Transference) الذى يسمح حيثئذ باعادة العمل فى مشكلة النمو وحل الأعراض المرضية .

أما العلاج السلوكى للقلق فيتركز فى سلب الحساسية مع مداخل علاج معرفية تهدف لإبطال التشريط ، بالإضافة إلى فنيات الاسترخاء وتعديل السلوك .

(٨) انظر الأعراض الجانبية فى باب العلاج بالعقاقير .

(٩) مثل عقار البربرانولول (Propranolol) .

اضطراب القلق غير المصنف في مكان آخر

(Anxiety Disorder not otherwise specified)

وهو غير محدد بدلالات تشخيصية ، ولكنه يصف الاضطرابات المصحوبة بقلق بارز أو تجنب رهابي ، وغير مصنفة كاضطراب قلق محدد أو اضطراب تأقلم مصاحب بوجودان قلق .



الفصل السابع

مقدمة :-

١- شاب في العشرين من عمره تردد على جراح تجميل لاجراء جراحة لندبة غير بارزة في وجهه ، فأخبره الجراح أن العملية سوف تترك أثرا أكبر من الندبة وحوله إلى الطبيب النفسى الذى فحصه فوجده يبالغ في الانشغال بالتشوه الناتج عن الندبة ، وهذا الانشغال لا يصل إلى درجة الضلال ، مع الاهتمام بالتفاصيل وشدة النظام فى حياته كسمات شخصية مميزة .

٢- فتاه فى الثامنة عشرة من عمرها تعرضت لظروف نفسية ضاغطة فأصابها احتباس فى الصوت ، وبفحص احبالها الصوتية وجدت سليمة ، فحولت للطبيب النفسى الذى جلست معه هادئة لا مبالية تحاول أن تجيب على الاسئلة بإشارات من يديها .

٣- رجل فى الاربعين من عمره يعمل نجارا تردد على أطباء القلب عدة مرات على مدى الشهور الثمانية الماضية ، وطمأنه كل منهم بعد عمل الفحوصات اللازمة ، ولكنه مازال منشغلا بأن لديه مرضا بالقلب فحول للطبيب النفسى الذى وجد انشغالا بمرض القلب لا يصل إلى درجة الضلال .

هذه أمثلة لحالات اكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل ...
هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟
ما هى الأهداف ؟

الاضطرابات جسدية الشكل

Somatoform Disorders

وهي مجموعة الاضطرابات التي تبرز فيها الأعراض الجسمانية وتشير إلى اضطراب جسماني وليس لها سبب عضوي أو تغير فسيولوجي يفسرها ، ولكن هناك من البراهين ما يدل على ارتباطها بالحالة النفسية ، وحدث الأعراض ليس تمارضا (Malingering) أو عن قصد (Factitious) وتشمل :

Body Dysmorphic Disorder	١) اضطراب التشوه الوهمي للجسد
Conversion Disorder	٢) اضطراب التحول
Hypochondriasis	٣) توهم المرض
Somatization Disorder	٤) اضطراب التجسيد
Somatoform pain disorder	٥) اضطراب الألم جسدي الشكل
Undifferentiated Somatoform Dis	٦) الاضطراب جسدي الشكل غير المتميز
	٧) الاضطراب جسدي الشكل غير المصنف في مكان آخر
Somato form Disorder not otherwise specified	

١ - اضطراب التشوه الوهمي للجسد

Body Dismorphic Disorder

ويتميز بالانشغال بتشوه متخيل في المظهر الجسدي لدى شخص طبيعي المظهر وأكثر أنواع الشكاوى شيوعا هي العلامات التي بالوجه مثل تجاعيد أو ندبات في الجلد أو كثرة شعر الوجه أو شكل الأنف أو الفك أو الحواجب أو ورم بالوجه ونادراً ما تكون الشكاوى من شكل اليدين والقدمين والشددين والمظهر وبعض أجزاء الجسم الأخرى ، في بعض الحالات قد يوجد شذوذ طفيف في الشكل ولكن انشغال الشخص به وتصوره له يكون شديداً .

في الماضي كان يسمى هذا الاضطراب (رهاب تشوه الشكل الجسدي) (Dysmorphophobia) ولكن نظراً لأنه لا يشمل تجنباً رهابياً ، اعتبرت هذه التسمية خاطئة ، وإن كان يستخدمها البعض في الحالات التي يصل الاقتناع

بالتشوه فيها إلى درجة الضلال ، ولكن المفضل هو تسمية هذه الحالات بالاضطراب الضلالى النوع الجسمانى (Delusional Disorder somatic type) .
وأهم الأعراض المصاحبة هي الزيارات المتكررة لجراحي التجميل وأخصائى الأمراض الجلدية كمحاولات لتصحيح التشوه ، بالإضافة إلى أعراض اكتئابية وسمات الشخصية الوسواسية ، وتجنب للمواقف الاجتماعية بسبب التوتر المرتبط بالتشوه المتخيل .

البداية والمسار والمضاعفات :-

ويبدأ الاضطراب فى المراهقة أو العشرينيات أو الثلاثينيات من العمر و يظل ثابتا لعدة سنوات حتى دون أن يعرض نفسه لطبيب ، وقد ينشأ عنه إعاقة اجتماعية ووظيفية ومن أهم مضاعفاته التعرض لعمليات جراحية تجميلية لا داعى لها .

التشخيص :-

يشخص الاضطراب المتوهم لتشوه الجسد بما يلى :-

- ١ - الانشغال بتشوه متخيل فى المظهر الخارجى لدى شخص يبدو طبيعيا أو وجود شذوذ طفيف و يبالغ فيه الشخص كثيرا .
- ٢ - الاقتناع بالتشوه لا يصل إلى درجة الضلال (كما فى الاضطراب الضلالى) .
- ٣ - وجوده لا يستعبد خلال اضطراب القهم العصابى (Anorexia nervosa) أو اضطراب عدم قبول جنسه . (Transsexualism)

التشخيص الفارق :

- ١ - الانشغال الطبيعى بالتشوهات فى المظهر التى تحدث فى المراهقة مثل حب الشباب (Acne) .
- ٢ - نوبات الاكتئاب العظمى واضطراب الشخصية التجنبية والرهاب الاجتماعى فالشخص فى هذه الاضطرابات قد يضخم تشوّهاته فى المظهر ولكنه ليس العرض السائد فى الاضطراب .

٣- الاضطراب الضلالي النوع الجسمي: الاقتناع بالتشوه يصل إلى درجة الضلال .

٤- القهم العصابي واضطراب عدم قبول الجنسي : ليس الانشغال بتشوه الجسم .

انتشار وسبب الاضطراب :

يعتقد أنه شائع ولكن سببه غير معروف ، و يفسر ديناميا بأنه يوجد معنى لا شعورى مضخم للجزء المتصور وجود تشويه به والتي يمكن تتبعها في مراحل النمو النفسى الجنس المبكرة ، وأن الاضطراب يتضمن حيلة دفاعية هامة هي الكبت والانشاق والتشويه والترميز والاسقاط .

علاج الاضطراب :

هؤلاء المرضى يرفضون العلاج النفسى برغم معاناتهم الشديدة ، و يصرون على اجراء جراحات تجميلية ، ومن هنا دور جراح التجميل فى تشخيص هذه الحالات ، يمكن اعطاء هؤلاء المرضى بمساعدة الطبيب النفسى عقاقير مثل (بيموزيد) (Pimozide) (أوراب) (Orap) الذى له فعاله فى تقليل الاعراض ، وأحيانا تفيد مضادات الاكتئاب ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية ، وقد يلزم استمرار العلاج لفترة طويلة .

٢- اضطراب التحول

(Conversion Disorder)

(Hysterical Neurosis, Conversion type)

ويميزه تغير أو فقد وظيفة جسمانية الناتج عن صراع نفسى أو حاجة نفسية ، مثل هذه الاعراض الجسمانية لا يمكن أن يفسرها مرض طبى معروف أو آليه باثوفسيولوجية ، ومرضى هذا الاضطراب لا يعون الأساس النفسى لاعراضهم ولا يمكنهم التحكم فيها بإرادتهم .

وأكثر أعراض اضطراب التحول وضوحا وتقليدية تلك التى توحى بمرض عصبى مثل الشلل واحتباس الصوت ونوبات التشنج واضطراب التحكم

الحركى والعمى والرؤية الانبوبية (Tunnel Vision) وفقد حاسة الشم (Anosmia) وخدر أو تنميل في جزء أو كل الجسم، ونادرا ما تحدث الاعراض التحولية في الجهاز العصبى المستقل أو جهاز الغدد الصماء فالقئ كعرض تحولى يمكن أن يمثل رفض وقرى، والحمل الكاذب (Pseudocyesis) يمكن أن يمثل رغبة فى الحمل والخوف منه معا .

وتوجد آليتان لتفسير تكون الأعراض التحولية :

الأولى : المكسب الاولى (Primary gain) :

حيث يحتفظ الشخص بصراعه الداخلى أو حاجته النفسية بعيدا عن دائرة الوعي، وتوجد علاقة مبدئية بين المثير البيئى الذى له علاقة بالصراع النفسى أو الحاجة النفسية وبدء أو تفاقم العرض (مثل الاستفزاز الذى يحدث صراعا داخليا حول التعبير عن الغضب فيعبر هذا الصراع باحتباس الصوت (Aphonia)، أو روية منظر صدمى يثير صراعا يعبر عنه بالعمى المستيرى، وفى مثل هذه الحالات للعرض دلالة رمزية تمثل حل جزئى للصراع النفسى الكامن) .

الثانية : المكسب الثانوى (Secondary gain) : بتجنبه النشاط المزعج له بالاضافة إلى ما يحصل عليه من مساندة وتعاطف واشفاق من البيئة المحيطة (مثل الجندى الذى يصاب بالشلل فيتجنب حمل السلاح بالاضافة إلى ما يناله من اشفاق المحيطين واهتمامهم، والشخص ذو الميول الاعتمادية قد يحدث له العمى أو عدم القدرة على المشى أو الوقوف (astasia-abasia) ليمنع مغادرة شريكه له، مع أن كل حركات الرجلين طبيعية)

و يتميز اضطراب التحول بأنه غالبا عرض واحد خلال النوبة ولكنه قد يتفاوت فى المكان وطبيعته اذا وجدت نوبات تالية، وأن الاعراض تحدث فجأة فى موقف ضاغط .

و يصاحب العرض التحولى سمات الشخصية المستيرية، وعدم المبالاة تجاه العرض حتى أطلق على من لديها اضطراب التحول (الجميلة اللامبالية) (Labelle indifference) وهذه العلامة ليست ذات قيمة تشخيصية عالية لأنها قد توجد لدى بعض المرضى بمرض جسمانى خطير .

بداية الاضطراب ومساره ومآله :-

يبدأ الاضطراب عادة في المراهقة أو بداية الرشد أو منتصف العمر أو حتى العقود الأخيرة من العمر، بداية مفاجئة ، والمسار عادة قصير والشفاء مفاجيء أيضا ، وأحيانا تتكرر النوبات و يصبح المسار مزمنًا ، حوالى (٢٥ ٪) من المرضى يحدث لهم أعراض تحولية أخرى خلال السنوات الخمس التالية ، وبصفة عامة يوجد عرض واحد فقط خلال نوبة الاضطراب ، وفي النوبات التالية إما أن يكون نفس العرض أو غيره .

الإعاقة والمضاعفات :

لاضطراب التحول تأثير ملحوظ على الأنشطة الحياتية وكثيرا ما يعوقها ، كما أن الفقد الطويل لوظيفة قد ينتج عنه مضاعفات حقيقية وخطيرة ، مثل تقوسات في الأطراف ، أو ضمور العضلات المشلولة لاهمالها وعدم استعمالها (Disuse atrophy) عندما يرتبط بشخصية معتمدة مضطربة فإن العرض التحولي يشجع على نمو الدور المرضى المزمن (Chronic sick role) (١) ، وقد يحدث تشوة أو عجز من جراء الأساليب التشخيصية غير اللازمة .

تشخيص اضطراب التحول : يشخص بالمواصفات الآتية :-

- ١ - فقد أو تغير في وظيفة جسمانية بما يوحي باضطراب عضوى .
- ٢ - هناك عوامل نفسية اجتماعية لها علاقة سببية مبدئية بالأعراض ، ولها علاقة بصراع داخلي أو حاجة نفسية ، وتبدأ العرض أو تجعله يتفاقم .

(١) يعرف الدور المرضى أو السلوك المرضى بأنه الطريقة التي يتميز بها ادراك المريض وتقييمه وتفاعله مع أعراضه ، فبينما نجد شخصا لايلقى بالا لعرض معين تجد آخر ينسحب من عمله و يتوتر وتحدث له اعاقة نفسية خطيرة ، ويمر سلوك المرض هذا بمراحل أولاها : مرحلة الشعور بالعرض : حيث يقرر أن هناك اضطراب ما ، وثانيها : مرحلة تقمص دور المرض : حيث يبدأ في التوقف عن أداء مهامه العادية ويقنع المحيطين به باستحقاقه لدور المريض ، وثالثها : طلب الرعاية الطبية ، ورابعها : تقمص دور المريض الاعتمادى ، ثم يعود المريض في المرحلة الخامسة الى الكدح والسعى في الحياة والتخلي عن دور المريض ولكن يظل ملتصقا به أحيانا .

٣- الشخص لا يعنى ولا يقصد إحداث الأعراض .

٤- العرض لا يمكن أن يفسره مرض جسمانى بعد الفحوصات .

٥- العرض ليس محصورا فى الألم أو اضطراب الوظيفة الجنسية .

التشخيص الفارق :

١- بعض الأمراض الجسمية ذات الاعراض الغامضة والمتعددة مثل التصلب المتناثر (Multiple sclerosis) أو مرض الذئبة الحمراء الجهازى (Systemic lupus erythematosus) ، وخاصة فى المراحل المبكرة من المسار فيخطأ فى تشخيصه على أنه اضطراب تحول ؛ يتم تشخيص اضطراب التحول إذا كانت الاعراض لا تتفق مع مرض جسدى معروف ، مثل الشكاوى التى يتضح أنها غير متسقة مع التوزيع التشريحي للجهاز العصبى ، أو وظيفة حركية جيدة لجزء من الجسم مفترض أنه مشلول ، أو عمى هستيرى لدى شخص ورغم ذلك توجد استجابات سوية لانسان العين (Pupil) ، كما أن زوال الأعراض خلال الإيحاء أو التنويم المغناطيسى أو الحقن بالصوديوم أموباربيتال (Amobarbital) يوحى بتشخيص اضطراب التحول ، ولكن يلاحظ أن التحسن المبدئى بالإيحاء له قيمة تشخيصية ضئيلة لأنه قد يحدث مع مرض عضوى حقيقى .

٢- الأمراض الجسمية التى تلعب فيها العوامل النفسية دورا هاما مثل القولون المتصلب (Spastic colon) ، أو الأزمة الربوية (الشعبية) (Bronchial asthma) لا يجب تشخيصها اضطراب تحول لان لها آليات مرضية محددة ، أو آليات باثوفسيولوجيه مسئولة عن الاضطراب .

٣- اضطراب التجسيد ونادرا الفصام : حيث لا يشخص اضطراب التحول عندما تعزى الأعراض لأى من هذين الاضطرابين .

٤- الاضطرابات الجنسية : نظرا لأنه يصعب تحديد ما إذا كان الارتقاء الجنسي مثلا لدى الرجال (أو البرود الجنسي لدى الإناث) يمثل تفاعلا فسيولوجيا للقلق أو أنه تعبير مباشر عن الحاجة النفسية أو الصراع النفسى ، بالإضافة إلى

- وضع كل الاضطرابات الجنسية معا في مجموعة فإن الأعراض التحويلية المتضمنة اختلالا في الوظيفة الجنسية لا تشخص على أنها اضطراب تحويل .
- ٥- الألم الجسدى الشكل : يمكن أن يفهم على أنه عرض تحويل ولكن نظرا لاختلاف المسار والعلاج ونتائجه فإنه يوضع كاضطراب منفصل .
- ٦- توهم المرض : حيث توجد أعراض جسمانية ، ولكن لا يوجد فقد أو تشوه فعلى لوظائف الجسم .
- ٧- اضطراب استحداث أعراض جسمانية : (Factitious Disorder) تحدث الأعراض فيه عن قصد ، و يصعب أن تميز نوبات صرعية هستيرية من أخرى مستحدثة .
- ٨- ادعاء الأعراض : الذى يكون عن قصد ولهدف واضح .

انتشار اضطراب التحول :

تشير الاحصاءات فى الدول المتقدمة إلى أن اضطراب التحول حاليا نادرا ، ولكن بعض الدراسات المسحية تشير إلى أن معدل حدوث أعراض تحويله فى وقت ما من حياة الشخص (Life time incidence) يتراوح من (٢٥ ٪) إلى (٣٣ ٪) ، وأن انتشار اضطراب التحول بين مرضى المستشفيات العامة الذين يمثلون للفحص النفسى ، يتفاوت من (٥ ٪) إلى (١٦ ٪) وبالمقارنة بذلك فإن مرضى اضطراب التحول الذين يمثلون للعلاج الطب نفسى أقل كثيرا .

ويكثر اضطراب التحول بين الإناث مرتين إلى خمس مرات عنه بين الذكور كما يكثربين المراهقين والشباب وبين الطبقات الاجتماعية الفقيرة ، وفى المجتمعات الريفية والاميين ، ولعل هذا يفسر انتشاره بدرجة ملحوظة فى الدول الفقيرة ودول العالم الثالث التى يكثرفيها الفقر والأمية بالإضافة إلى الكبت ..

أسباب اضطراب التحول :

- ١- عوامل بيولوجية : يعتقد البعض أن اضطراب التحول له أساس نيوروفسيولوجى ، فى صورة اضطراب فى يقظة جهازهم العصبى المركزى وافترض أن أعراضهم تنشأ من فرط اليقظة القشرية التى تولد تغذية مرتجعة

سالبة بين قشرة المخ والجهاز المنشط الشبكي في جذغ الدماغ وزيادة معدلات (Cortico-fugal output) بدورة يشبط النبضات الحسية الحركية الصاعدة ، وهكذا يقل الوعي باحساسات الجسم ، التي تظهر في بعض مرضى اضطراب التحول كنقص حسي .

٢- عوامل نفسية : ترجع النظرية التحليلية اضطراب التحول إلى كبت الصراعات الداخلية اللاشعورية وتحويل القلق إلى عرض جسماني ، والصراع يقع بين حفرة غريزية (عدوانية أو جنسية) ، وبين حرمة التعبير عنها أو منعها ، ظهور العرض يسمح بالتعبير الجزئي للربغة الممنوعة ولكنها (أى الحفرة) تثير الاشمئزاز لدى المريض لدرجة أنه لا يواجهها شعوريا ، أى أن العرض التحولى له علاقة رمزية بالصراع اللاشعورى ، كما أن الأعراض التحولية تمكن المريض من نيل اهتمام خاص ومعاملة خاصة ، وهكذا فإن هذه الأعراض تعد وسائل اتصال غير لفظى للسيطرة على المحيطين به وتسخيرهم للاهتمام به ، وهذا ما أشرنا إليه كمكسب ثانوى ضمن الآليتين الأساسيتين فى حدوث اضطراب التحول .

العلاج :

نخبر المريض أنه لا يوجد خلل بجسده وأن العرض سوف يختفى ، والمدخل المفضل فى علاج اضطراب التحول هو العلاج النفسى ، خاصة العلاج النفسى التحليلى الذى يهدف إلى استكشاف الديناميات الداخلية ، وفهم جوانب الصراع ورمزية العرض وآلية حدوثه ، وهذا مفيد جدا فى علاج هذه الحالات بخلاف علاج البنويم ومضادات القلق وتمازى الاسترخاء فإنها جميعا تفيد أحيانا ولكنها قد تزيد العرض مؤقتا ، وقد يلزم الحقن الوريدى لاميتال الصوديوم (Amytal) لأخذ التاريخ المرضى خاصة فى حالة الصدمات العاطفية ، وذلك لمساعدة المريض على إزالة الكبت وإعادة معايشة الصدمة ، ويلاحظ أن استمرار العرض لفترة طويلة يثبت العرض ويعود المريض على استمرار تقمص الدور المرضى .

اضطراب توهم المرض

Hypochondriasis

وهو الانشغال الزائد بمرض وانشغال الشخص بصحته بشكل مفرط وتفسيراته غير الواقعية لأعراضه الجسدية مما يؤدي إلى الانشغال بالخوف أو الاعتقاد أنه لديه مرض خطير، رغم أن الفحص الجسماني الدقيق يؤكد عدم وجود مرض يمكن أن يفسر احساسات المريض وتفسيره غير المنطقي لها، وهذا الاعتقاد أو الخوف غير المنطقي يظل ثابتاً رغم التأكيدات الطبية أنه ليس لديه مرض، ولكن هذا الاعتقاد لا يصل إلى شدة الضلال، حيث أنه يمكن أن يقبل احتمال كونه مبالغاً في خوفه من المرض أو أنه قد لا يوجد مرض على الإطلاق.. وقد يكون الانشغال بوظائف الجسم مثل ضربات القلب أو العرق أو حركة الأمعاء أو الشذوذات الجسدية الطفيفة (مثل الكحة البسيطة)، حيث يفسر الشخص ذلك كبرهان على مرض خطير، وقد يشمل المرض للمتخوف منه عدة أجهزة جسمانية وقد يتركز الانشغال بعضو واحد كما في حالة عصاب القلب (Cardiac Neurosis) التي فيها يخاف الشخص أو يعتقد أنه مريض القلب.

وبصاحب هذا الاضطراب بكثرة التردد على الأطباء (Doctor shopping) ودهور العلاقة الطبية المريضة واحباط كل من المريض والطبيب، بالإضافة إلى أعراض القلق والاكتئاب وصفات الشخصية الوسواسية.

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

يبدأ اضطراب توهم المرض في أي سن ولكنه يكثر في العشرينيات، و يصبح مزمناً مع فترات من الهوادة والاشتداد في ثلثي الحالات، كما أن ثلث المرضى لا يتحسنون و يضطرب تكيفهم من حيث الوظيفة المهنية والعلاقات الاجتماعية بسبب الانشغال بالمرض، وقد تزداد الاعاقة فيصبح الشخص طريح الفراش، وأحياناً يتعرض لعمليات جراحية استكشافية تحمل أخطاراً عديدة، بالاطافة إلى أن الاعراض التي يشكو منها قد تؤدي إلى تشخيص خاطيء وبالتالي خطأ

العلاج .. أما الأطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب فيتم شفاؤهم تماما في نهاية المراهقة كما أن العلاج الطب نفسى يساعد نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى ، ولوحظ أن وجود ملامح قلق أو اكتئاب مع توهم المرض يحمل التنبؤ بآل حسن ، وكذلك البداية الحادة ، وغياب اضطراب الشخصية ، وصغر السن ، وغياب المرض العضوى (الذى قد يكون مصاحب) ، والحالة الاجتماعية والاقتصادية المرتفعة ، كلها عوامل تنبئ بمصير حسن أيضا .

تشخيص توهم المرض :

- ١- الانشغال مع الخوف أو الاعتقاد أن لدى الشخص مرض خطير، بناءا على تفسيراته لأعراضه أو احساساته كبرهان على المرض الجسدى .
- ٢- الفحص الجسمانى المناسب ينفى وجود المرض الجسدى .
- ٣- الاعتقاد أو الخوف من وجود المرض لا يختفى بعد طمأنة الطبيب بأنه غير مريض .

٤- المدة على الأقل ستة شهور .

- ٥- لا يصل الاعتقاد فى هذا الاضطراب لدرجة الضلال كما فى الاضطراب الضلالى النوع الجسدى .

التشخيص الفارق : يجب أن يميز توهم المرض من كل من :

- ١- مرض جسدى حقيقى : فقد تكون بداية مرض جسدى حقيقى غامضة لا يمكن تفسيرها مثل التصلب المتناثر (M. S.) أو اضطراب الغدد الصماء (الغدة الدرقية أو جار الدرقية) ، أو مرض يؤثر فى أجهزة عديدة من الجسم مثل مرض الذئبة الحمراء الجهازية (Systemic lupus erythematosus) ، إلا أن وجود مرض عضوى حقيقى لا يلغى احتمال توهم المرض كمصاحب له .

- ٢- بعض الاضطرابات الذهانية مثل الفصام والاكتئاب العظيم المصاحب بأعراض ذهانية ، وقد توجد ضلالات جسمانية عن الاصابة بمرض ، ولكن نلاحظ أن الاعتقاد فى توهم المرض لا يصل إلى درجة الضلال حيث يمكن أن

يقتنع الشخص أنه قد لا يكون مريضا ، وقد يصعب هذا التمييز في بداية الأمر.

٣- في الاضطرابات الذهانية والديسميا واضطراب الهلع واضطراب القلق العام واضطراب الوسواس والقهرى واضطراب التجسيد قد توجد انشغالات توهمية مرضية ، ولكن نادرا ما يكون الانشغال بالأعراض التوهمية لمدة طويلة في اضطراب التجسيد و يوجد ميل للانشغال بالأعراض علاوة على الخوف من الإصابة بمرض معين ، ولكن عند وجود مواصفات أى من هذه الاضطرابات مع مواصفات توهم المرض يشخص كلاهما .

انتشار توهم المرض :

في الممارسة الطبية العامة ينتشر توهم المرض بنسبة (٣- ١٤ %) من المرضى ، ولكن معدل الانتشار بين جموع الناس غير معروف ، ويستوى الرجال والنساء في توهم المرض ، ويزداد انتشاره خلال العقد الرابع أو الخامس من العمر، إلا أنه يصيب جميع الأعمار خاصة المراهقين والشيوخ بعد عمر الستين .

أسباب توهم المرض :

١- العوامل البيولوجية : لوحظ زيادة معدل انتشار توهم المرض بين التوائم المتماثلة والأقارب من الدرجة الأولى ، وهذا يشير إلى العامل الوراثي الجيني .. كما لوحظ أن متوهمى المرض لديهم عتبة منخفضة للألم (threshold) وأن تحملهم للمعاناة الجسدية ضئيل جدا لدرجة أن ما يستقبله الشخص الطبيعى كضغط على البطن مثلا يخبره المتوهم للمرض كآلم فى البطن .. كما أن المرض قد يهوى المريض لتوهم المرض بطريقتين أحدهما : التفاعلات التوهمية المرضية العابرة غالبا تتبع مرض خطير أو مهدد للحياة (مثل النقاهاة بعد احتشاء عضلة القلب) ؛ ثانيها : توهم المرض الأولى (Primary hypochondriasis) يبدو أنه يرجع لطفولة بها أمراض عديدة وتواريخ مرضية عديدة عايشها الطفل .

٢- عوامل نفسية : ترى المدرسة التحليلية أن توهم المرض يرجع إلى أصول دينامية ، فالرغبات (أو الحفزات) العدوانية توجه إلى شكاوى جسمانية بعد

كبتها وتحويلها بواسطة حيلتى الكبت والنقل ، وغضب متوهم المرض يعود إلى احباطات الطفولة والفقد أثنائها ، ويعبر عنه خلال توهم المرض كالتماس مساعدة الناس وجذب اهتمامهم ثم رفضهم بعد ذلك ووصفهم بعدم الفاعلية والعجز عن مساعدته ، ومن ثم يعد توهم المرض دفاع ضد الشعور بالذنب وشعور الشخص بأنه سىء ونقص اعتبار الذات ، بالاضافة إلى أنه علامة على الانشغال بالذات . فالألم والمعاناة الجسدية تصبح وسيلة للتكفير عن أخطاء الماضي سواء كانت على مستوى الواقع أو مستوى الخيال .

٣- العوامل الاجتماعية والثقافية : فقد يعتبر الدور المرضى طريقا للهروب من مشكلات عسيرة الحل فى بعض البيئات ، فتؤجل مقاضاته و يلتمس له الاعذار كمريض بل وقد يكسب تعاطف المحيطين به .

علاج اضطراب توهم المرض :

العلاج المفضل لحالات توهم المرض هو العلاج النفسى رغم أن هؤلاء المرضى يقاومون هذا النوع من العلاج ، ويتم فى إطار فردى تحليلى أوجاعى .. أما العلاج بالعقاقير فإنه لا يفيد إلا فى حالة وجود أعراض مصاحبة يتوجه إليها مثل القلق أو الاكتئاب ، وعندما يكون توهم المرض ثانويا لاضطراب نفسى آخر يجب علاج هذا الاضطراب .

اضطراب التجسيد

(Somatization Disorder)

وهو اضطراب مزمن من الشكاوى الجسمية المتعددة التى لا يمكن تفسيرها طبيا وترتبط بالكروب النفسية والاجتماعية ، وتكرار هذه الشكاوى يصاحبه البحث عن علاج طبى ، وكان يسمى هذا الاضطراب لزمة بريكيه (Briquet's Synd) وأحيانا كان يسمى هستيريا .

عادة ما يعرض المريض لشكاواه فى شكل درامى غامض أو بطريقة مبالغ فيها أو كجزء من تاريخ طبى معقد شخصت فيه أعراضه تشخيصات طبية متعددة وأعطى علاجات عديدة من عديد من الأطباء . والشكاوى أيضا متفاوتة ولكنها عادة تشمل الأجهزة الآتية : أعراض عصبية كاذبة أو تحويلية مثل (الشلل

أو العمى) ، والجهاز الهضمي (مثل الأم البطن) ، واضطرابات الجهاز التناسلي (مثل الالام المصاحبة للحيض لدى الأنثى) ، وآلام الظهر وأعراض ترتبط بالصدر والقلب (مثل الاختناق والدوخة) .

ويصاحب اضطراب التجسيد غالبا بأعراض القلق والاكتئاب ، بالإضافة إلى السلوك المضاد للمجتمع والمصاعب المهنية والمشاكل الزوجية ، وأحيانا توجد هلاوس في صورة سماعه (أى المريض) لصوت ينادى عليه باسمه ، ولكن فهم الواقع سليم ، وغالبا توجد مواصفات الشخصية الهستيرية ، ونادرا توجد مواصفات الشخصية المضادة للمجتمع .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

يبدأ اضطراب التجسيد غالبا في العقد الثانى من العمر ونادرا في العشرينيات ، والأعراض المبكرة لظهوره لدى الفتيات هى أعراض اضطراب الحيض (الدورة الشهرية) ، ثم يصبح المسار مزمنًا ومتماوج على هيئة فترات من الهوادة والاشتداد ، ونادرا ما يتم التحسن التلقائى ، ونادرا ما يمر عام دون اللجوء إلى العلاج الطبى .. وكثيرا ما يتعرض لتشخيصات طبية متعددة وأحيانا يتعرض لجراحة غير ضرورية ، أو يصبح مدمنًا لعقاقير نفسية ، وقد يصاب بفترات من الكآبة الشديدة التى قد تصل إلى محاولات الانتحار أو الانتحار فعلا ، ولكن لوحظ أن معدلات الوفيات بين هؤلاء المرضى لا تزيد عنها بين عامة الناس .

تشخيص اضطراب التجسيد :

١ — وجود تاريخ مرضى لشكاوى جسمانية متعددة أو اعتقاد أنه مريض يبدأ قبل سن الثلاثين ويستمر لعدة سنوات .

٢ — وجود ثلاثة عشر عرضًا مرضيًا من قائمة الأعراض الآتية (على أن لا تكون ناتجة عن مرض عضوى أو آلية باثوفسيولوجية ، وأن لا تكون خلال نوبة هلع ، وأن تكون جعلت المريض يتعاطى علاجا دوائيا غير مسكن الألم أوزار طبييا أو غير نمط حياته) :

قائمة الاعراض :

أعراض خاصة بالقناة الهضمية :

- ١ — القيء (في غير أثناء الحمل) .
- ٢ — ألم في البطن (دون دورة الحيض الشهرية) .
- ٣ — الغثيان (دون مرض الدوار) .
- ٤ — الشعور بالانتفاخ .
- ٥ — الاسهال .
- ٦ — عدم تحمل العديد من صنوف الطعام .

أعراض الالم :

- ٧ - ألم الأطراف .
- ٨ - ألم الظهر .
- ٩ - ألم المفاصل .
- ١٠ - ألم أثناء عملية التبول .
- ١١ - ألم آخر (غير الصداع) .

أعراض الجهاز الدورى التنفسى :

- ١٢ - النهجان دون بذل مجهود .
- ١٣ - الشعور بضربات القلب .
- ١٤ - ألم بالصدر .
- ١٥ - الدوخه .

أعراض تحولية أو عصبية كاذبة :

- ١٦ - النساوة .

- ١٧- صعوبة البلع .
- ١٨- فقد الصوت .
- ١٩- الصمم .
- ٢٠- ازدواج الرؤية .
- ٢١- اهتزاز الرؤية .
- ٢٢- العمى .
- ٢٣- الاغماء (أوفقدان الوعي) .
- ٢٤- التشنجات .
- ٢٥- اضطراب المشية .
- ٢٦- الشلل أو ضعف العضلات .
- ٢٧- احتباس البول أو صعوبة التبول .

أعراض جنسية لمدة طويلة :

- ٢٨- حرقان في الأعضاء التناسلية (المجنسية) (في غير أثناء الجماع) .
- ٢٩- ألم أثناء الجماع .
- ٣٠- عدم التمايز الجنسي .
- ٣١- العنة (الارتخاء الجنسي) .

أعراض في جهاز المرأة التناسلي تحدث كثيرا لدى أغلب النساء :

- ٣٢- ألم الدورة الشهرية .
- ٣٣- فترات من عدم انتظام الدورة الشهرية .
- ٣٤- نزف شديد أثناء الدورة الشهرية .
- ٣٥- القىء خلال الحمل .

التشخيص الفارق :

- ١ - يجب على الاخصائى قبل تشخيص هذا الاضطراب استبعاد الاضطرابات ذات الأعراض العابرة وغير المحددة مثل التصلب المتأثر (M.S.) والذئبة الحمراء (S.L.E) والبرفيرية (Porphyria) وزيادة نشاط الغدة جار الدرقية والأمراض المعدية الجهازية المزمنة .
- ٢ - الفصام المصاحب مع عديد من الضلالات الجسمية ، وقد يصاحب اضطراب التجسيد .
- ٣ - اضطراب الهلع : الأعراض تكون فى إطار نوبة الهلع .
- ٤ - اضطراب التحويل : وفيه يكون عرض واحداً أو أكثر من الأعراض التحويلية فى غياب صورة اضطراب التجسيد الاكلينيكية .
- ٥ - اضطراب استحداث أعراض جسمانية : يكون لدى الشخص شعور بأنه يتحكم فى إحداث الأعراض .

انتشار اضطراب التجسيد :

يحدث اضطراب التجسيد بنسبة (١ - ٢ ٪) من كل الإناث فى أقل من ذلك بكثير بين الرجال و يقل انتشاره كلما ارتفع المستوى الاجتماعى ، و يزداد معدل الانتشار بين الأميين الفقراء ، و يبدأ قبل سن الثلاثين .. ويحدث فى بعض الأسر بشكل مطرد حيث لوحظ أن انتشاره بين الإناث أقارب الدرجة الأولى للمرضى بنسبة (١٠ - ٢٠ ٪) كما يزداد بين الأقارب من الذكور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والادمان .

أسباب اضطراب التجسيد :

- ١ - عوامل بيولوجية : لوحظ أن انتشار الاضطراب فى كل من التوائم المتماثلة يصل إلى (٢٩ ٪) بينما نسبته فى التوائم غير المتماثلة (١٠ ٪) وفى هذا إشارة لدور الجينات الوراثية ، كما أشارت دراسات التبنى أن الأباء البيولوجيين والمتبنين المصابين باضطراب التجسيد يصاحبه لدى الأبناء زيادة حدوث

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والادمان ، وهذا يؤكد دور العوامل البيئية بجانب العوامل الجينية .

٢- **العوامل البيئية والاجتماعية :** النموذج الوالدى والتعلم من الأسرة يوحى للطفل أن يجسد معاناته ، كما أن الإيذاء البدنى للطفل ينمى ميول التجسيد لديه ، وكذلك عدم الاستقرار الأسرى .

٣- **العوامل النفسية :** افترض أن مرضى اضطراب التجسيد لديهم خلل مميز انتباهى ومعرفى ينتج عنه ادراك خاطيء وتقويم للمداخل الحسية الجسدية فترصد أخطاء جسدية (أعراض) غير حقيقية .

علاج اضطراب التجسيد :

يلزم هذا المريض علاقة طبية طويلة الأمد مع طبيب واحد ، لأن تردده على عدد من الأطباء يعطى فرصة لتدخلات علاجية غير لازمة (مثل العمليات الجراحية) .. وللعلاج النفس دور هام حيث يقلل كثيرا من اضطراب التجسيد لديهم ومن دخولهم المستشفيات ، حيث يساعد المريض على قبول أعراضه والتكيف معها وهذا يزيل الشعور بها ويزيلها أيضا ، بالإضافة إلى مساعدة المريض على حل مشاكله الحقيقية ، ويجب تجنب اعطاء العقاقير النفسية والمسكنات ، ولكن إذا وجدت أعراض قلق أو اكتئاب يمكن اعطاء مضادات لها .

٥- اضطراب الألم جسدى الشكل

(Somatoform Pain Disorder)

يتميز هذا الاضطراب بالانشغال بالألم فى غياب مشاهدات جسمانية مناسبة تشير إلى عامل عضوى مسئول عن الألم أو شدته .. وهذا الألم إما غير متسق مع التوزيع التشريحي للجهاز العصبى ، أو يتسق مع التوزيع التشريحي ولكن الفحص الدقيق ينفى وجود مرض معروف (كالذبحة الصدرية أو ألم عرق النسا) ، وليس له آلية باثوفسيولوجية يعزى إليها كما هو الحال فى صداع التوتر (Tension headache) الناتج من تقلص عضلى ، وهذا الانشغال بألم شديد ومستمر لمدة ستة شهور على الأقل .

والعلاقة بين العوامل النفسية والألم قد تكون ظاهرة في بعض الحالات حيث توجد علاقة مبدئية بين بدء الألم أو اشتداده والصراع النفسى أو الحاجة النفسية ، وقد تكون العلاقة غير ظاهرة .

و يصاحب هذا الاضطراب بتغيرات حسية أو حركية (Paresthesia, Spasm) ويتميز مريض هذا الاضطراب بكثرة زيارته للأطباء للحصول على ما يخفف الألم رغم طمأنة الأطباء له (doctor shopping) ، و يسرف في تعاطى المسكنات دون أن تخفف حدة الألم ، و يطلب إجراء جراحات ، وعادة يرفض إعزاء الألم إلى عوامل نفسية ، وفي بعض الحالات يكون للألم أهمية رمزية مثل الألم الذى يشير إلى ذبحة صدرية لدى شخص مات والده من مرض بالقلب ، و يكثر فى التاريخ المرضى السابق لهؤلاء المرضى وجود اضطراب التحول ، ونادرا ما تكون الشخصية هستيرية ، وغير معبرة عن انفعال (La belle indifference) وكثيرا ما توجد أعراض الاكئاب حيث يضاف تشخيص نوبة الاكئاب العظمى .

بداية ومسار الاضطراب ومضاعفاته :

يبدأ عند أى سن من الطفولة إلى الشيخوخة ولكن يكثر حدوثه فى الثلاثينيات والاربعينيات ، والبداية مفاجئة وتزداد شدته عدة أسابيع أو شهور ، وفى أغلب الحالات يظل ثابتا لعدة سنوات ، يأتى بعدها الشخص للعلاج النفسى ، ونظرا لأن الاضطراب مزمن والألم مزعج للمريض فإنه كثيرا ما يعوقه عن العمل ، وكثيرا ما يعتمد على المسكنات والمهدئات فيصبح مدمنأ أو يلجأ لاجراء عمليات لاداعى لها .

تشخيص اضطراب الألم جسدى الشكل :

يشخص الاضطراب فى حالة :

١ — الانشغال بالألم على الأقل مدة ستة شهور .

٢ — وجود (أ) أو (ب) :

(أ) الفحص المناسب لا يكشف عن سبب عضوى أو آلية باثوفسيولوجية تفسر حدوث الألم .

(ب) عند وجود سبب عضوى فإن الشكوى من الألم أو الإعاقة مفرطة وغير مناسبة لما يحدثه هذا السبب العضوى من ألم .

التشخيص الفارق :

- ١- المثل الدرامى بألم عضوى : حيث يصعب تمييزه لضالة المشاهدات الاكلينيكية ، ولكن يوجد سبب عضوى ولا توجد مواصفات الألم النفسى .
- ٢- اضطراب التجسيد والاكتئاب والفصام فقد يشكو المريض من آلام عديدة ولكن نادرا ما يسود الألم الصورة الاكلينيكية .
- ٣- فى الادعاء (Malingering) يحدث الشخص الأعراض قصدا لتناسب هدف واضح ، مثل مدمن الأفيون الذى يشكو ألما جسمانيا ليحصل على الأفيون .
- ٤- الألم المرتبط بتقلص العضلات (مثل صداع التوتر: لا يشخص كألم جسمى الشكل بسبب وجود آلية باثوفسيولوجية تفسر الألم .

انتشار اضطراب الألم جسمى الشكل :

ينتشر هذا الاضطراب بشكل شائع خاصة خلال الممارسة الطبية ، حيث يعد الألم أكثر الشكاوى المرضية شيوعا .. وتصل نسبته بين الاناث إلى ضعفها لدى الذكور ، وقمة انتشاره فى العقد الرابع والخامس ، كما يزداد انتشاره بين الطبقات الكادحة .

أسباب الألم جسمى الشكل :

- ١- عوامل بيولوجية : يمكن لقشرة المخ أن تثبط روافد الألم ، وربما يكون السيروتونين هو الناقل العصبى الرئيسى فى التثبيط ، ويحتمل أن يكون هناك دور تلعبه الاندورفينات (الأفيونات الداخلية) فى تعديل الشعور بالألم ، ويبدو أن نقصها هو المسئول عن زيادة الألم .
- ٢- عوامل بيئية واجتماعية : ترى نظرية التعلم أن سلوكيات الألم تتعزز عندما تكافأ ، وأنها تنطفئ (تثبط) عندما يتم تجاهلها أو عقابها ، فعندما يتعود

الشخص أن شكواه من ألم سوف تعطيه اهتمام المحيطين به وأنها تجنبه الأنشطة التي يكره مزوالتها فإنها (شكوى الألم) سوف تتعزز لديه ، وهذا ما تسميه المدرسة التحليلية بالمكسب الثانوى وإذا تعود الطفل فإنه يجعله مهياً لهذا الاضطراب ، ومن ثم فإن التربية والبيئة المحيطة تنمى هذا الاضطراب أوتنفية .

٣- عوامل نفسية : ترى المدرسة التحليلية أن للألم معنى نفسيا تكون من خبرات الطفولة ، فهو طريقة للحصول على الحب ، أو عقاب للنفس تحت تأثير الشعور بالذنب ، والمريض يستخدم فى ذلك حيلة دفاعية هى النقل والاستبدال والكبت ، وقد يكون للتوحد كحيلة دفاعية دور عندما يكون موضوع الحب لدى المريض (أحد الوالدين مثلا) يعانى ألما ، و يكون لحيلة الترميز دور عندما يمثل الألم تعبيرا عن وجدان غير متبلور .

علاج اضطراب الألم جسدى الشكل :

إعطاء مرضى هذا الاضطراب لعقاقير مسكنة لا يكون مفيدا ، بالإضافة إلى أنه يحمل مخاطر أن يصبح الشخص مدمنا وخاصة أن هذا الاضطراب مزمن .. كما أن اعطاء المهدئات ومضادات القلق ليس له ما يبرره بالإضافة إلى أنها بعد فترة من تعاطيها تصبح هى مشكلة أخرى حيث يحدث الادمان .. أما اعطاء مضادات الاكتئاب مثل الاميتربتيلين (Amitryptiline) أو الايمبرامين (Imipramine) فإنها تفيد سواء كان تقليلها للألم من خلال مفعولها المضاد للاكتئاب أو كان لها مفعول تسكين للألم مباشرة (بواسطة اثارتها للمسارات العصبية المثبطة للألم) . ويساعد فى تخفيف الألم التغذية الحيوية المرتدة (Biofeedback) وتمارين الاسترخاء .. كما أن التنويم والايحاء المصاحب له وكذلك الاثارة الجلدية للعصب المقابل تعتبر حيلة مستخدمة ، وأحيانا تستخدم جراحة لقطع العصب الناقل للألم ، ولكن هذه الأساليب فقط تسكن الألم مؤقتا وغالبا ما يعود . ولذا فإن العلاج النفسى يعد هاما فى علاج هذا الاضطراب وفهم ما يعنيه الألم بالنسبة للشخص فهما ديناما ، بالإضافة إلى تدريبه على أساليب الاسترخاء وممارسة التمارين الرياضية ، وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة .

٦- الاضطراب جسدى الشكل غير المتميز

(Undifferentiated Somatoform Disorder)

وهو اضطراب جسدى الشكل يميزه عديد من الشكاوى الجسمية التى ستمرت ستة شهور دون سبب طبي يفسر ذلك ، على أن تحدث هذه الشكاوى بعيدا عن أى مرض نفسى آخر، ولقد صنف هذا الاضطراب لاستيعاب الحالات التى لا تتفق مواصفاتها مع اضطراب التجسيد ، فقد يوجد عرض واحد مثل صعوبة البلع أو عديد من الاعراض الجسمية مثل الاجهاد ونقص الشهية للطعام ومشاكل الجهاز المعوى .

ويعد هذا الاضطراب بقايا اضطراب تجسيد ولكنه أكثر شيوعا منه ويصاحبه أحيانا أعراض القلق والاكتئاب .. ومساره غير محدد فهو يتفاوت من حالة لأخرى ولكنه متردد غالبا أو محدود بنوبة واحدة (على الأقل ستة شهور) .. ومضاعفاته وأسبابه وعلاجه فينطبق عليه ما ينطبق على اضطراب التجسيد .

التشخيص الفارق :

١- اضطراب التجسيد : بوجود عدد لازم من الأعراض المميزه لعدة سنوات والبداية قبل سن الثلاثين .

٢- اضطراب تأقلم المصحوب بأعراض جسمية : تكون المدة أقل من ستة شهور .

٣- العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الجسمية (سيكوسوماتيك) والتى تمثل أعراضها فى صورة مرض أولزمة على المحور الثالث .

٧- الاضطراب جسدى الشكل غير المصنف فى مكان آخر

(Somatoform disorder not otherwise specified)

وهو اضطراب يشمل الأعراض جسدية الشكل التى لا تتفق مع مواصفات أى من الاضطرابات جسدية الشكل المحددة (النوعية) أو اضطراب التأقلم المصحوب بشكاوى جسمية .

أمثلة :

١- أعراض غير ذهانية توهمات مرضية لمدة أقل من ستة شهور .

٢- شكاوى جسمية ليس لها علاقة بضغط (Stresses) مدتها تقل عن ستة شهور .

الفصل الثامن

مقدمة :-

١ - رجل في الثامنة والخمسين من عمره جاء يشكو من شخصيته اخرى تنتابه أحيانا جريئة مع النساء تقرأهن الطالع وتهبهن البركة ، وكل صداقاتها مع النساء ، وهى لشاب من جنسية اخرى يفرط في مغازلة النساء ، وهذه الشخصية على النقيض من شخصيته الاصلية الخجولة لدرجة منعه من الزواج ، والتي كانت تعوقه في تجارته في متعلقات النساء (الخواتم والاقراط .. الخ) ، وهو يطلب علاجاً من هذه الشخصية التي ظهرت عليه منذ ثلاثة اعوام ، وجعلته يشعر بالذنب مما تفعله في جرأة مع النساء وماتدعيه كذبا من معرفة الغيب والقدرة على تغييره .

٢ - شاب في الثانية والعشرين من عمره أحضره أقاربه بسبب النسيان الذى طرأ عليه لكل ما يحدث حوله إثر نجاته من حادث تصادم وقع من أسبوع بين سيارتين كان يستقل إحداهما بينما توفي بعضا ممن كانوا معه .. بفحصه النفسى لوحظ عدم تمايزه واضطراب اهتدائه ووعيه بالنسيان ، ولم يوجد أى خلل عضوى من خلال فحصه جسديا .

هذان المثالان لحالات اكلينيكية سوف نعرض لهما في هذا الفصل .. هل يمكنك بعد اعادة قراءتها أن تضع اهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الاهداف ؟

الاضطرابات الانشقاقية

Dissoicative Disorders

وهى مجموعة من اللزمات التى تتميز بتغير فى التكامل السوى لوظائف الوعي أو الهوية أو السلوك الحركى أو الذاكرة ، وقد يكون التغير مفاجئاً أو متدرجاً ، وعابراً أو مزمناً ، إذا حدث مبدئياً فى الهوية فإن هوية الشخص المعتادة تنسى مبدئياً ويتخذ هوية جديدة (كما فى اضطراب تعدد الشخصية) ، أو فقد الشعور المعتاد لواقع الشخص ويستبدل بشعور عدم الواقعية (كما فى اضطراب اختلال الإنية) ، أو حدث اضطراب مبدئى فى الذاكرة بحيث لا يمكن استدعاء احداثا شخصية (كما فى النساوة النفسية والشراد النفسى) .. ولقد كانت هذه المجموعة فى الماضى تعرف باسم أعصبة المستيريا من النوع الانشقاقى ، وتشمل حالياً الاضطرابات الآتية :

- ١ - اضطراب تعدد الشخصية .
- ٢ - الشراد النفسى .
- ٣ - النساوة النفسية .
- ٤ - اختلال الإنية .
- ٥ - الاضطراب الانشقاقى غير المصنف فى مكان آخر .

اضطراب تعدد الشخصية

Multiple Personality Disorder

يتميز اضطراب تعدد الشخصية بوجود اثنتان أو أكثر من الشخصيات المنفصلة الواضحة ، والتى تتحدد كل منها بسلوكيات ومواقف واتجاهات خاصة عندما تكون مسيطرة .

تعرف الشخصية هنا على أنها نمط ثابت نسبيا من الاستقبال والتفكير والتعامل مع النفس والبيئة التى تظهر فى اطار متسع من المواقف الاجتماعية والشخصية ، وهناك حالات للشخصية تختلف فقط فى مدى اتساع الإطار الاجتماعى والشخصى .

الصورة الاكلينيكية :

في الحالات التقليدية لاضطراب تعدد الشخصية يوجد على الأقل شخصيتان كاملتان ، وأحيانا توجد شخصية واحدة منفصلة وحالة واحدة أو أكثر من حالات الشخصية .. في الحالات التقليدية يكون لكل من الشخصيات وحالات الشخصية ذكريات منفردة وأنماط سلوكية وعلاقات اجتماعية مميزة ، وفي حالات أخرى قد يوجد درجات متفاوتة من الذكريات المشتركة والسمات السلوكية العامة أو العلاقات الاجتماعية ، وتندر الحالات التقليدية التي لها شخصيتان أو أكثر لدى الأطفال والمراهقين عنها لدى البالغين ، و يتفاوت عدد الشخصيات أو حالاتها لدى البالغين من اثنتان إلى أكثر من مائة في الحالات بالغة التعقيد .

و يتم الانتقال عادة من شخصية لاخرى فجأة (خلال ثواني الى دقائق) ولكن نادرا مايكون الانتقال تدريجيا (على مدى ساعات أو أيام) ، ويحفز الانتقال بواسطة ضغط نفسي اجتماعي ، وقد يحدث الانتقال لوجود صراعات بين الشخصيات أو تنفيذا لخطه وافقوا عليها ، أو تحت تأثير التنويم أو الفحص أو بتأثير الحقن بأمو باربيتال الصوديوم .. وغالباً تعي الشخصيات بعضها البعض أو كلها إلى درجات متفاوتة ، وقد تخبر الآخرين كأصدقاء أو رفاق أو كأشخاص غير مرغوبين (مكروهين) ، وفي لحظة ما فإن شخصية واحدة هي التي تتعامل مع العالم الخارجى .. والشخصية التي تمثل للعلاج غالباً لديها قليل من المعرفة عن الشخصيات الأخرى .

وأغلب الشخصيات تكون واعية بفترات من الفقد الزمنى أو تشوهات في خبرتهم بالوقت ، فعلى سبيل المثال قد يصبح الشخص واعيا بفترات من النسوة او فترات من التغير في الاحساس بالوقت .

وقد تناقض كل شخصية الاخرى من حيث الاتجاهات والسلوك وتصور الذات على سبيل المثال العانس الخجول قد تتحول في الشخصية الأخرى إلى داعرة فاضحة التصرفات .

الأعراض المصاحبة لاضطراب تعدد الشخصية :

قد تتصرف شخصية أو أكثر من الشخصيات بدرجة مقبولة من التكيف ، بينما التغير في شخصية أخرى قد يكون واضحا لدرجة الاضطراب الوظيفي ، او

لديها اضطراب عقلي محدد مثل اضطراب الوجدان أو القلق وغالبا لا يكون واضحا ما إذا كان هذا يمثل اضطرابا مصاحبا أو أنها أعراض مصاحبة لاضطراب تعدد الشخصية فلقد لوحظ من بعض الدراسات أن الشخصيات المختلفة داخل الشخص قد يختلفون في الصفات الفسيولوجية والاستجابات المختلفة للاختبارات النفسية ، فقد يختلفون في النظارة الطبية و يستجيبون استجابات مختلفة لنفس العلاج ويختلف مستوى الذكاء في كل منها ، وقد يقرر واحد أو أكثر من الشخصيات أنه من الجنس المقابل أو من جنسية مختلفة أو في عمر مختلف أو من عائلة مختلفة وكل شخصية تظهر من التصرفات والسلوكيات ما يناسب السن المقرر لها . وقد تقرر شخصية أو أكثر أنها تسمع لواحدة أو أكثر من الشخصيات الأخرى أو أنها تحدث إليها أو اندمجت معها في نشاط (يجب تمييز هذه الأصوات والأنشطة من الهلوس والضلالات) وعادة يكون لكل شخصية اسم مختلف عن الاسم الأصلي وأحيانا يكون الاختلاف في الاسم الأول والأخير للشخص ، وأحيانا لا يكون لواحدة من الشخصيات اسم أو يعطى اسم وظيفته .

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يبدأ اضطراب تعدد الشخصية أحيانا في الطفولة ، ويميل الاضطراب لأن يصبح مزمناً وعادة لا يمثل المريض للعلاج إلا متأخراً ، وقد تمارس إحدى الشخصيات وظيفتها بصورة مناسبة نسبيا بينما تكون أدوار الشخصيات الأخرى هامشية ، و يتفاوت مستوى الإعاقة من متوسطه إلى شديدة طبقا لعدد الشخصيات ونوعها ، ومن مضاعفاته محاولات الانتحار وتشويه الذات والعدوان الموجه للآخرين (الذي يشمل إيذاء الأطفال أو الاعتداء والاغتصاب) والادمان .. والشفاء في هذا الاضطراب لا يكتمل بوجه عام .

التشخيص :

لتشخيص اضطراب تعدد الشخصية تشترط الموصفات الآتية :-

- ١- وجود شخصيتان أو أكثر داخل الشخص أو حالات الشخصية (على أن تكون كل منها منفصلة ولها عالمها ونمط استقبالها وعلاقاتها وتفكيرها عن نفسها والمحيطين بها) .

٢- ويجب أن تكون كل من الشخصيتين (أو الشخصيات) قد سيطرت وبشكل متكرر على سلوك الشخص .

التشخيص الفارق :

١- النساقوة النفسية والشراد النفسى : لا يوجد فيهما الانتقال المتكرر المميز للهوية وعادة محدود بنوبة قصيرة واحدة .

٢- الاضطرابات الذهانية : التى قد تتشابه مع اضطراب تعدد الشخصية بتقرير الشخص أنه محكوم أو متأثر بآخرين أو سماع أصوات وقد تفسر على أنها ضلالات أو هلاوس (كما فى اضطراب الفصام أو اضطراب الوجدان المصحوب بأعراض ذهانية) .

٣- الاعتقاد أن الشخص مخصوص بخاصية سيطرة روح أو شخص آخر عليه قد يحدث كعرض لاضطراب تعدد الشخصية أو ضلال فى اضطراب ذهاني .

٤- اضطراب الشخصية الحدية : قد تشبهها فى عدم ثبات الوجدان وصورة النفس والسلوك مع الأشخاص الذى قد يميز اضطراب الشخصية الحدية .

٥- التمارض : لا يمكن التمييز بينهما دون الاستعانة بملاحظات المحيطين به .

انتشار اضطراب تعدد الشخصية :

لقد أشارت الدراسات الحديثة إلى أن هذا الاضطراب ليس نادرا كما كان يعتقد من قبل ، وأكثر شيوعه فى مرحلة المراهقة المتأخرة ومطلع الشباب و أكثر أيضا لدى الاناث منه لدى الذكور ، وبين أقارب الدرجة الأولى للمضطربين أكثر من انتشاره بين جماهير الناس بصفة عامة .

الأسباب :

١- عوامل بيولوجية : لوحظ فى دراسة لاضطراب تعدد الشخصية أن (٢٥ ٪) من الحالات لديهم صرع ، وفى دراسة أخرى لوحظ زيادة نشاط الفص الصدغى لقشرة المخ فى صورة زيادة تدفق الدم إليه فى واحدة من الشخصيات الفرعية وليس فى الشخصية الرئيسية .

٢ - عوامل نفسية : لوحظ في عدد من الدراسات أن هناك تاريخ للإيذاء جنسي بصفة خاصة في نسبة (٨٠ ٪) من الحالات ، بالإضافة إلى أنواع الإيذاء الأخرى في الطفولة ، جسمانية ونفسية .

علاج اضطراب تعدد الشخصية :

يعتبر العلاج الناجح لهذه الحالات هو العلاج النفسي الذي يهدف إلى تبصير المريض بصراعاته الداخلية وحاجته النفسية لشخصية أخرى غير شخصيته الأصلية ، وربط ذلك بخبراته السابقة وصدماته النفسية ، ثم تكامل بين الشخصيات للوصول إلى شخصية واحدة .. وكذلك التنويم وعمل جلسات تفريغ تحت تأثير حقن الاميتال يمكن أن يكشف عن صدمات نفسية مكبوتة .

الشرد النفسى

Psychogenic Fugue

التعريف والصورة الاكلينيكية :

وفيه يسافر الشخص فجأة وعلى غير توقع إلى مكان بعيد عن البيت أو مكان العمل المعتاد مع اتخاذ هوية جديدة وعدم تذكر هويته السابقة وقد يصاحب ذلك ارتباك واضطراب الاهتداء (Disorientation) ، وبعد شفائه لا يذكر الأحداث التي وقعت خلال فترة الشرد ، وليس لذلك سبب عضوى .

في بعض الحالات قد يتميز الاضطراب باتخاذ هوية جديدة كاملة أثناء الشرد ، وعادة أكثر اجتماعية من الشخصية السابقة التي تكون عادة هادئة ، وفي مثل هذه الأحوال قد يعطى الشخص نفسه اسما جديدا و يتخذ عنوانا جديدا و ينخرط في نشاطات اجتماعية معقدة ومتكاملة ولا توحى بمرض عقلى أو نفسى .. وفى أغلب الحالات يكون الشرد غير واضح حيث يتكون من سفر قصير و يبدو هادفا ظاهريا ، وتقل الاتصالات الاجتماعية في هذه الحالات وتكون الهوية الجديدة غير مكتملة ، وأحيانا توجد نوبات من العنف ضد ممتلكات شخص آخر ، ونلاحظ أن كل حالات الشرد يسافر فيها الشخص و يبدو أكثر هادفة في سلوكه من الجوال المتغيم الذى قد يحدث في النساوة النفسية .

بداية ومسار الاضطراب وماكه :

يحدث الشراء النفسى فى أى سن وعادة قصير المدة من ساعات إلى أيام ، ولكن قد يظل الشراء لعدة شهور ، وقد يمتد السفر إلى آلاف الأميال والشفاء عادة تلقائى وسريع ، ونادرا ما يتكرر حدوثه .. و يسبب الاضطراب اعاقه متفاوتة الدرجة طبقاً لطول مدة الشراء وما ينشأ عن ذلك من انهيار علاقاته الاجتماعية ، أو حدوث سلوك عدوانى يترتب عليه إدانة قانونية .

تشخيص الشراء النفسى :

- ١ - السفر المفاجىء وغير المتوقع بعيدا عن البيت ومكان العمل مع عدم قدرته على تذكر ماضيه .
- ٢ - اتخاذ هوية جديدة كاملة أو جزئية .
- ٣ - ليس سببه اضطراب تعدد الشخصية أو اضطراب عضوى (مثل صرع الفص الصدغى) .

التشخيص الفارق :

- ١ - اضطراب تعدد الشخصية : توجد فيه انتقالات مميزة للهوية متكررة وليس محدودا بنوبة واحدة كما فى الشراء النفسى .
- ٢ - النساوة النفسية : فشل مفاجىء فى استدعاء أحداث شخصية هامة تشمل بيانات هوية الشخص ولكن لا يوجد فيها سفر هادف واتخاذ هوية جديدة جزئية أو كلية .
- ٣ - الصرع النفسى الحركى : الناشئ عن اضطراب وظيفة الفص الصدغى ولا يوجد فيه اتخاذ هوية جديدة ، ولا يظهر عليه انشراح وجدانى وليس هناك ضاغط يرهب ظهوره .
- ٤ - التمارض : يتم تمييزه بواسطة التنويم أو فى جلسات تفريغ للشحنة النفسية تحت تأثير حقن الأميثال ، برغم أن بعض الناس يستمرون فى الادعاء وهم تحت التنويم .

انتشار الشراء النفسى :

يعد اضطرابا نادرا ولكنه شائع فى أوقات الحروب والكوارث الطبيعية أو الأزمات الشخصية المصاحبة بصراع داخلى حاد .

الأسباب :

السبب الأساسى فى هذا الاضطراب نفسى ، حيث أن رغبة الشخص الداخلىة فى الانسحاب من الخبرات العاطفية المؤلمة .. وهناك بعض أنواع الشخصية المضطربة التى تعد مهينة لهذا الاضطراب (وهى الشخصيات الحدية وشبه الهستيرية وشبه الفصامية) ، كما أن تعاطى الكحول بكثرة يهينء لحدوث هذا الاضطراب .

العلاج :

عادة تكفى المساندة والرعاية لمثل هذا المريض حتى يشفى تلقائيا ولكن فى الحالات التى يظل فيها الشراء مدة طويلة يلزم علاج نفسى لتيسير عملية استعادة الذاكرة للهوية السابقة ، ويمكن استخدام التنويم أو حقن الأميثال للمساعدة فى ذلك .

٣- النساوة النفسية

(Psychogenic Amnesia)

التعريف والصورة الاكلينيكية :

و يتميز اضطراب النساوة النفسية بعدم قدرة مفاجئة على استدعاء معلومات شخصية هامة بدون سبب عضوى ، وتحدث النساوة خلاا كبيرا لدرجة لا يمكن فهمه فى إطار النسيان الطبيعى ، ودون سفر لمكان آخر واتخاذ هوية جديدة كما فى الشراء النفسى ، وليست النساوة عرضا ضمن اضطراب تعدد الشخصية .

واضطراب النساوة النفسية على أربعة أنواع وهى :-

١- نساوة لفترة محددة (Circumscribed amnesia) : وهواكثر الأنواع

شيوعا حيث يحدث فشل فى استدعاء كل الأحداث التى حدثت خلال فترة

معينة من الزمن ، وهى عادة ساعات قليلة تتبع حادثا مزعجا جدا ، مثل شخص نجا من حادث سيارة كان يستقلها مع أسرته بينما هلك جميع أسرته فى الحادث ، فقد يصبح غير قادر على تذكر ما حدث من وقت الحادث وحتى يومان بعدها .

٢ - نساوة انتقائية (Selective amnesia) : حيث يكون الفشل فى الاستدعاء بعض الأحداث التى وقعت خلال فترة معينة من الزمن مع تذكر بعضها .

٣ - نساوة كاملة (generalized) : وهى أقل الأنواع انتشارا حيث يفشل الشخص فى استدعاء كل ما يتعلق بحياته .

٤ - نساوة مستمرة (Continous) : وفيها لا يستطيع الشخص استدعاء الأحداث التالية لوقت معين بما فى ذلك الوقت الحاضر .

وخلال نوبة النساوة يكون الارتباك واضطراب الاهداء والجدال غير الهادف ، وعندما تكون فترة النساوة فى الماضى فإن الشخص عادة يعى اختلال الاستدعاء لديه .. وقد تصاحب النساوة بعدم تمايز تجاه اختلال الذاكرة أو انعصاب التابع لحادثه .

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يلاحظ اضطراب النساوة النفسية فى المراهقة غالبا وبداية الرشد ونادرا ما يبدأ فى كبار السن ، وبدايته مفاجئة وكذلك الشفاء منه ولكن مع انتكاسات قليلة ، فى بعض الحالات خاصة إذا وجد مكسب ثانوى فإن الحالة قد تظل لوقت طويل ، ومن المهم استرجاع الذكريات المفقودة لدائرة الشعور بسرعة ما أمكن وإلا فإن الذكريات المكبوتة سوف تكون نواة فى اللا شعور لانتاج نوبات نساوة مستقبلا .. والاعاقة التى تنشأ عن النساوة متفاوتة من الخفيفة إلى الشديدة طبقا لمدة النوبة وأهمية الأحداث المنسية بالنسبة لوظيفة الشخص وعلاقاته الاجتماعية ، ولكن نظرا لأن الشفاء سريع فى أغلب الحالات فإن الاعاقة عادة طفيفة .

تشخيص النساوة النفسية :

- ١ - نوبة مفاجئة من عدم القدرة على الاستدعاء للمعلومات الشخصية الهامة التي لا يمكن تفسيرها كنسيان معتاد .
- ٢ - ليس سبب الاضطراب تعدد الشخصية أو سبب عضوى (مثل الغشية خلال الانسمام الكحولى) .

التشخيص الفارق :

- ١ - اضطراب عقلى عضوى : ويكون للأحداث القريبة أكثر من الأحداث البعيدة وليس بسبب التعرض لصدمة نفسية ، وتختفى النساوة ببطء شديد إذ حدث تحسن ، وعودة الذاكرة نادر ، علاوة على نقص الانتباه واضطرابات الوجدان التى غالبا ماتكون مصاحبة .
- ٢ - الانسمام بمادة : حيث تصاحبه غشيات (blackouts) مع فشل فى استدعاء الأحداث التى وقعت خلال فترة الانسمام ، ولكن تعاطى المادة والفشل فى عودة كاملة للذاكرة يميزه عن النساوة النفسية .
- ٣ - اضطراب النساوة الكحولية (Alcohol Amnestic Disorder) :
وتختل فيه الذاكرة القريبة ، وهذا النوع من النساوة لا يحدث فى النساوة النفسية ، بالإضافة إلى تبلد الوجدان والفبركة ونقص الوعي بخلل الذاكرة .

- ٤ - النساوة التابعة لارتجاج المخ (post concussion Amnesia) عادة اضطراب الاستدعاء يكون محدودا بفترة (circumscribed) وغالبا النساوة راجعة (retrograde) إلى الورااء شاملة الفترة الزمنية التى سبقت إصابة الرأس .
بينما فى النساوة النفسية يكون اضطراب الاستدعاء غالبا متقدم (Antrograde) ويمكن أن نميز النساوة الراجعة التى تتبع إصابة الرأس من الحالات النادرة من النساوة النفسية الراجعة باستخدام التنويم أو الفحص تحت تأثير حقن الأميثال ، كما أن التحسن الفجائى للذكريات المفقودة يشير إلى الأساس النفسى للاضطراب .

٥- الصرع : خلل الذاكرة يبدأ فجأة و يصاحبه شذوذات حركية أثناء النوبة وتكرار تخطيط الدماغ الكهربائي يشير إلى شذوذات .

٦- الذهول الكتاتوني : فالبكم قد يوحى بنساوة نفسية ولكن فشل الاستدعاء غير موجود ، وعادة توجد الأعراض الكتاتونية مثل التصلب والوضعة والسلبية .

٧- الادعاء (التمارض) : يصعب تمييزه من النساوة النفسية . ولكن التنويم وحقن الاميتال قد تغير في التمييز .

انتشار النساوة النفسية :

نعد النساوة النفسية أكثر الاضطرابات الانشقاقية انتشارا ، و يزداد انتشارها أثناء الكوارث الطبيعية والحروب ، و يكثر انتشاره في فترة المراهقة ، وخاصة بين الإناث .

الأسباب :

تحدث نوبات النساوة النفسية تلقائياً ، ولكن التاريخ المفصل الدقيق يكشف عن صدمات عاطفية مرسبة مثل الكوارث الطبيعية ، وقد تعمل نزعه (حب أو عدوان) لا يستطيع المريض التعامل معها كعامل مرسب ، وأحيانا تترسب بصدمة خفيفة للرأس لا تحدث تأثيرا فسيولوجيا ، كما يمكن أن ترسبها النوبات المحدثه كهربائيا (E.C.T.) .

ديناميا ينشق وعى المريض (dissociation) كطريقة للتعامل مع الصراع الانفعالي ، و يصاحب ذلك كبت للنزعات المزعجة من دائرة الشعور والانكار حيث يتم تجاهل بعض الواقع من العقل الواعي .

علاج اضطراب النساوة النفسية :

الحقن الوريدي للصوديوم أميتال في جلسات تفريغ نفسى قد يفيد المريض في استعادة الذاكرة ، والتنويم قد يفعل نفس الشيء ، وبمجرد رجوع الذاكرة يتم عمل علاج نفسى لمساعدة المريض في التعامل مع انفعالاته المنشقة .

٤ - اضطراب اختلال الإنية

Depersonalization Disorder

التعريف والصورة الاكلينيكية :

يتميز اختلال الإنية بتغير ثابت ومتكرر في ادراك النفس إلى الحد الذي يفقد الشخص الشعور بواقعيته مؤقتا ، وتوصف من قبل الشخص بشعوره بأنه آلة أو كأنه في حلم ، أو شعوره بالانسلاخ بعيدا عن جسده وكأنه ينظر لنفسه من بعيد ، أو يصف أنواع مختلفة من الخدر الحسى والاحساس أنه غير مكتمل السيطرة على أفعاله بما في ذلك كلامه ، فكل هذه المشاعر مناوئة للأننا (ego — dystonic) ، رغم محافظة الشخص على علاقته بالواقع وفهمه له ، وهذا التغير تكفى شدته لازعاج الشخص ، وليس سببه اضطراب آخر (مثل الهلع أو رهاب الأماكن المتسعة) ، حيث يمكن أن يكون اختلال الإنية عرضا مصاحبا لاضطراب آخر (وهو تغير في ادراك النفس حيث يفقد أو يتغير مؤقتا الاحساس المعتاد بالنفس وواقعيته (١)) .

و يصاحب اختلال الإنية كثيرا باختلال ادراك البيئة (derealization) وهو ادراك الموضوعات (أو العالم المحيط) كأشياء غير مألوفة وغير حقيقية ، حيث يدرك الأشياء متغيرة الشكل أو الحجم أو الناس كموتى أو آلات .. والأعراض الشائعة المصاحبة أيضا تشمل الدوخة والاكتئاب والاجترارات الوسواسية ، والانشغال بأعراض جسديه والقلق أو الخوف من أن يصبح مجنونا ، واختلال الاحساس الذاتى بالوقت ، مع شعور أن الاستدعاء صعب أو بطيء .

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يبدأ عادة الاضطراب في سن المراهقة أو بداية الرشد ، ونادرا ما تكون البداية بعد سن الأربعين ، وعالبا تكون البداية مفاجئة والمسار مزمنًا يتميز بفترات من الهواده والاشتداد ، وأغلب الاشتدادات تحدث عندما يوجد قلق أو اكتئاب ..

(١) أحيانا يكون الشعور بتغير نصف الجسم أو أنه غير حقيقى أو غير موجود ويسمى اختلال الإنية النصفى (Hemidepersonalization)

وتتفاوت الاعاقة فقد تكون ضئيلة أو شديدة ، وقد تتفاقم الحالة بوجود الأعراض المصاحبة مثل القلق أو الخوف من الجنون .. ومن مضاعفات اختلال الإنية توهم المرض أو الادمان .

التشخيص :

- ١ - الشعور الثابت أو المتكرر باختلال الإنية من خلال (أ) أو (ب) :
 - أ - الشعور أنه منسلخ عن نفسه و يلاحظها من بعيد سواء عملياتها العقلية أو جسده .
 - ب - الشعور أنه كآلة أو كأنه في حلم .
- ٢ - وخلال خبرة اختلال الإنية يظل فهم الواقع والتصرف على أساسه .
- ٣ - هذا الاختلال في الإنية يكفى لان يسبب ازعاجا ملحوظا .
- ٤ - ليس اختلال الإنية عرضا لاضطراب آخر (مثل الفصام والهلع ورهاب الأماكن المتسعة وصرع الفص الصدغي) .

التشخيص الفارق :

يحدث اختلال الإنية كعرض في اضطراب الفصام واضطراب الوجدان والاضطراب العقلي العضوى (خاصة لزمة الانسمام أو الانسحاب) والقلق واضطرابات الشخصية والصرع .

انتشار اضطراب الإنية :

تعتبر ظاهرة اختلال الإنية شائعة جدا وليست بالضرورة أن تكون مرضية فغالبا ما تكون خبرة منفصلة يربها الشخص ، فلقد أشارت الدراسات إلى أن من يمرون باختلال الإنية العابرين يصلون إلى (٧٠ %) في مجتمع ما ، و يستوى فيه الذكور والإناث ، و يكثر حدوثها في الطفولة خلال نمو الوعي بالذات ، وكذلك لدى البالغين عندما يسافرون إلى أماكن جديدة وغريبة عنهم .. أما معدل انتشار اختلال الإنية المرضى فغير معروف لقلة الدراسات في هذا المجال ، وإن كانت تشير هذه الدراسات القليلة إلى زيادة حدوثه بين الإناث عنه بين الذكور .

الأسباب

١- عوامل بيولوجية : لقد ارتبط حدوث اختلال الإنية بالصرع وأورام المخ وبتعاطى العقاقير ذات التأثير النفسى ، مما أكد أن له أسبابا بيولوجية ، ومنها أسباب أخرى جهازية مثل اضطراب وظيفة الغدة الدرقية والبنكرياس .

٢- عوامل نفسية : حيث يحدث في حالات القلق والاكتئاب والتعرض للضغوط النفسية والصدمات العاطفية وفي تجارب الحرمان الحسى .

علاج اضطراب اختلال الإنية :

ليست هناك عقاقير تمت تجربتها مع هذا الاضطراب وإن كان القلق المصاحب له يتحسن بمضادات القلق ، وكذلك التحليل النفسى أو العلاج النفسى التبصيرى يفيد في هذه الحالات ، ولكن إذا كان اختلال الإنية مصاحبا لاضطراب آخر فإنه يتحسن بعلاج الاضطراب المسئول عنه .

الاضطراب الانشقاقى غير المصنف في مكان آخر

(Dissociative Disorder Not Otherwise Specified)

وهذه هى المجموعة المتبقية من الاضطرابات التى تكون السمة البارزة فيها الانشقاق كعرض (بمعنى اختلال أو تغير فى التكامل المعتاد لوظائف الهوية أو الذاكرة أو الوعي) ولا تتفق مواصفاتها مع أى من اضطرابات الانشقاق المحددة النوع (أى المصنفة) . وتشمل هذه المجموعة مايلي :

١- متلازمة جانسر (Ganser's Synd.) : وفيه يعطى المريض إجابات تقريبية للأسئلة ، ويشيع فيها ارتباطه بأعراض أخرى مثل النساوة واضطراب الاهتداء والادراك والشراد بالإضافة إلى مايصاحبه من أعراض تحوليه .. وتكثر هذه المتلازمة بين الرجال المسجونين .. والشفاء من هذا الاضطراب يكون فجائى .

٢- اضطراب الشخصية المتعدد (Variants of Multiple personality Disorder)

حيث يوجد أكثر من حالة شخصية تسيطر على الفرد وتسبب اضطراب ولكن لا تكفى لتشخيص اضطراب تعدد الشخصية .

٣- حالات الغيبة (Trance States) : وفيها يتغير الوعي مع نقص الاستجابة للمشيرات البيئية ، و يكثر حدوث هذا الاضطراب لدى الأطفال بعد إيداء بدنى أو نفسى .

٤- حالات اختلال ادراك البيئة غير المصحوب باختلال الإنية .

٥- الحالات الانشقاقية التى قد تحدث للناس الذين تعرضوا فترات طويلة للاضطهاد الشديد والتعذيب مثل غسيل المخ ووضع أفكار بديله لهم مثل ما يحدث فى بعض حالات أسرى الحروب .



الفصل التاسع

مقدمة:

١ - شاب في الثلاثين من عمره متزوج حديثاً (من أسبوعين) حضر يشكو من فشله في ايلاج القضيب أثناء الجماع رغم محاولاته المتكررة ، ولم يسبق له ممارسات جنسية خلال حياته السابقة ولكنه كان يمارس العادة السرية أحياناً . وحتى أمس كان يحدث له انتصاب في الصباح الباكر أثناء النوم ، ولم يكشف فحصه سوى عن بعض علامات الاكتئاب البسيطة والتي لم تكن موجودة قبل ظهور هذه المشكلة .

٢ - رجل في الأربعين من عمره متزوج من سبعة أعوام يشكو من سزعة القذف التي طرأت عليه منذ عام ، رغم أن الانتصاب في بداية الجماع يكون طبيعياً ، ويشعر بتفاقم هذه المشكلة بمرور الوقت ، وكشف فحصه النفسى عن توتر وقلق .

٣ - رجل في الثامنة والثلاثين من عمره جاء يشكو من زوجته التي تزوجها منذ عام فقط ، حيث تضع له عصا غليظة بجوار الفراش قبل ممارسة الجنس ثم تستفزه بكلماتها فإذا ضربها استمرت في استفزازه حتى يؤلم جسدها الضرب انطلقت تمارس معه الجنس بشهوة واستمتاع ، وإذا حدث ولم يضربها فإنها تكون باردة غير مستمتعة .

هذه أمثلة لحالات أكلينيكية سوف نعرض لها في هذا الفصل .. هل يمكنك بعد قراءتها مرة ثانية أن تضع أهدافاً تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

الوظيفة الجنسية واضطراباتها

أولاً - الوظيفة الجنسية

تعد الوظيفة الجنسية لدى الإنسان هي المسئولة عن حفظ النوع الإنساني ، فعن طريق الالتقاء الجنسي بين رجل وامرأة ، ينتقل السائل الذي يقذف من الرجل والذي يحمل الحيوانات المنوية إلى الجهاز التناسلي للأنثى حيث يخترق حيوان منوى البويضة فيخصبها ، ثم تزرع في جدار الرحم وتتغذى من بطائه الداخلية (المشيمة) ، وتتكاثر هذه البويضة المخصبة مكونة كتلة من الخلايا لا تلبث أن تتميز إلى أجهزة مكونة الجنين ، الذي يولد طفلاً بعد تسعة أشهر قمرية (٢٨٠ يوماً) .. وبعد ولادة الطفل يلاحظ أن له أعضاء جنسية خارجية تميزه إلى جنس الذكور أو جنس الإناث ، وطبقاً لهذه الأعضاء الجنسية الخارجية واتجاهات الوالدين في تربية الطفل والاتجاهات الثقافية المحيطة ، بالإضافة إلى التأثير الجيني ، تتكون هوية الشخص الجنسية (gender identity) حيث يشعر برجولته أو أنوثته وهي التي يتولد منها الدور الجنسي (Gender role) وهو ما يأتيه الفرد من سلوك آخذاً في الاعتبار ذكوره أو أنوثته ، ودور الفرد كواحد من جنس الذكور أو من جنس الإناث لا يستقر بعد ولادته مباشرة ، ولكنه يبنى بتراكم الخبرات ومن الممكن أن يكون الدور الجنسي مناقضاً للهوية الجنسية ، فقد يتوحد الشخص مع جنسه ولكنه يتخذ من ملابس وشكل الشعر والصفات الأخرى للجنس المقابل سلوكاً له ، وقد يتوحد مع الجنس المقابل برغم أنه يلتزم بالسلوكيات المميزة لنفس جنسه .

والجهاز التناسلي لدى الذكر يتكون من الخصيتين (Testes) اللتان تتدليان في كيس الصفن (Scrotum) بين الفخذين ، وتصنع الخصيتان الحيوانات المنوية (Sperms) وتفرز هرمون الذكورة (testosterone) وتتجمع الحيوانات المنوية في القنوات المنوية التي تتجمع بدورها فيما يسمى بالبربخ (Epididymes) وهو عبارة عن قناة طولها ستة أمتار تلتف حول نفسها فتصبح سنتيمترات قليلة ، ويرقد أعلى الخصية إلى الخلف و يليه الحبل المنوي

(spermatic cord) الذى يلتقى بقناة الحويصلة المنوية (وهما غدتان تفرزان سائلاً مغذياً للحيوانات المنوية وتقعان خلف المثانة ليكونا القناة القاذفة (ejaculatory duct) التى تفتح على سطح البروستاتا (prostate) (وهى غدة تقع عند عنق المثانة وخلفها المستقيم وتفرز سائل مغذى للحيوانات المنوية) ، حيث تبدأ قناة الإحليل (urethra) من المثانة البولية إلى طرف القضيب (penis) .. والقضيب عبارة عن جزء بارز فوق الخصيتين أسفل البطن أسطوانى الشكل ، يتكون من اسطوانتين ظهريتين من النسيج الكهفى واسطوانة بطنية تحمل فى ثناياها قناة الإحليل ، وباندفاع الدم إلى هذا النسيج الكهفى يتمدد القضيب ويحدث الانتصاب (erection) .

ويتكون الجهاز التناسلى لدى الأنثى من المبيضين اللذان يقعان على الجانبين فى الحوض أسفل البطن و يفرزان البويضات إلى قناتى قلوب المؤديتين إلى الرحم ، الذى يقع داخل الحوض و يشبه الكمثرى وعنقه إلى أسفل حيث يفتح فى المهبل (vagina) .. والمهبل عبارة عن ممر ضيق يتسع لمرور القضيب أثناء الجماع (أو لمرور الطفل فى حالة الولادة الطبيعية) ، ويحيط بالمهبل من الخارج أجزاء الفرج ، وهى عبارة عن الشفرين الكبيرين والشفرين الصغيرين والبطر وفوهة مجرى البول ودهليز الفرج الذى يقود إلى مدخل المهبل .. وفى الفتاة البكر يوجد داخل ممر المهبل غشاء رقيق جداً يسمى غشاء البكارة .

ورغم وجود هذه الأجزاء المكونة للجهاز التناسلى لدى الطفل ذكراً كان أو أنثى ، إلا أنها لا تنضج فسيولوجياً لأداء وظيفتها إلا عند البلوغ حيث تنضج الخصية لدى الذكر وتصبح قادرة على إنتاج الحيوانات المنوية (و يظهر ذلك فى علامة القذف) ، وإفراز هرمون التستوستيرون الذى يحدث التغيرات الثانوية المصاحبة لعملية البلوغ ، وهى ظهور شعر فى كل الجسم وخاصة منطقة الدانة وتحت الإبطين والشارب واللحية ، وغلظ الصوت وكبر حجم العضلات فيأخذ شكل الجسم المظهر المميز للرجال وزيادة حجم الأعضاء التناسلية .. وكذلك عندما ينضج المبيضان لدى الأنثى و يصبحان قادران على إفراز بويضات وهرمونات الأنوثة (الاستروجين والبروجسترون) ، وأحدهما وهو الاستروجين يشكل جسم الأنثى حيث يبرز النهدان وتترسب الدهون تحت الجلد فتستدير

الأرداف و يصبح الجسم أنثوى التكوين ، أما الهرمون الثانى وهو البروجسترون فيهيىء الرحم لاستقبال البويضة التى تخصب بواسطة الحيوان المنوى عبر مرورها فى قناة قلوب لكى تزرع فى جدار الرحم وتنبت الجنين ، هذا إذا خصبت البويضة ، أما إذا لم تخصب فإنها تمر إلى الرحم وتنهار استعدادات بطانة الرحم من أنسجة وشعيرات دموية فى صورة دم يمر من عنق الرحم إلى المهبل فالفرج فيما يعرف بدم الحيض الشهرى ، وهى العلامة الأساسية لبلوغ الأنثى .

السلوك الجنسى :

١- العادة السرية (Masturbation) : كشف دراسات (كينزى) (Kinsey) أن كل الرجال تقريباً وثلاثة أرباع الإناث مارسوا العادة السرية بعض الوقت فى حياتهم ، وهى ملامسة الأعضاء التناسلية بقصد الشعور باللذة سواء صاحبها هذه الذروة لدى الأنثى أو صاحبها هذه الذروة المصحوبة بالقذف لدى الرجال ، أو لم تصاحبها أى من الهزة أو القذف كما فى حالة الأطفال .

٢- الاستجابة الجنسية الطبيعية : وتتم الاستجابة الجنسية الطبيعية بخمس مراحل هى :

أ- مرحلة الرغبة : وتشمل خيالات حول النشاط الجنسى وما يرتبط بالرغبة من أفكار ومشاعر .

ب- مرحلة الإثارة (Excitement) : وتتميز ببدء الشعور بالانتصاب وحدث الانتصاب لدى الرجل وترطيب المهبل لدى الأنثى مع التفاعلات الجسدية العامة المصاحبة للتوتر الجنسى (من زيادة ضغط الدم وضربات القلب وعمق التنفس) ، ويصاحب انتصاب القضيب لدى الرجل زيادة سمك كيس الصفن مع تقلطه وارتفاع الخصيتان لقصر الحبل المنوى .. وإثارة الأنثى تتميز باحتقان الجهاز التناسلى و يترطب المهبل نتيجة لاحتقان أنسجته التى ترشح سائلاً مرطباً ، ويكون ذلك خلال (١٠ - ٣٠ ثانية) من بدء

الإثارة الجنسية ، مع درجة خفيفة من احتقان البظر الذى يصبح منتصباً لدى بعض الإناث ، وخلال الإثارة أيضاً يبدأ الرحم فى التضخم بسبب الاحتقان و يبدأ فى الابتعاد عن أرضية الحوض ، ويأخذ المهبل فى الاتساع لمناسبة حجم القضيب ، و يصاحب ذلك انتصاب حلمتى الثدي .

جـ - مرحلة استقرار الإثارة (plateau) : وهى مرحلة متقدمة من الإثارة وتسبق الذروة (هزة الجماع) (orgasm) مباشرة وفيها يصل الاحتقان فى الأعضاء الجنسية إلى قمته ، فالقضيب يتملىء ويتمدد بالدم إلى أقصى حجم له و يكون الانتصاب فى قمة شدته والخصيتان تمتلئان بالدم وتتضخمان إلى ضعف حجميهما الأصلي وتنقبض العضلات المشمرة (Cremasteric) وترفع الأحيال المنوية الخصيتين إلى أقصى ارتفاع ممكن ، و يظهر افراز شفاف من فوهة القضيب مفرزاً من غدة كوبر . . و يصل الاحتقان قمته أيضاً فى جهاز الأنثى التناسلى فيتلون الشفرين الصغيرين ليعطى الفرج اللون الوردى (Sex skin) مع تضيق مدخل المهبل وثلثه الخارجى (orgasmic platform) و يكمل الرحم انتصابه ، وقبل الذروة مباشرة يتحول البظر إلى أعلى و ينكمش فى وضع مسطح خلف العظام الأمامية للحوض .

د - مرحلة الذروة الجنسية (هزة الجماع) (orgasm) : وهى أكثر لحظات الشعور باللذة فى العملية الجنسية ، فلدى الرجل يتدفق المنى خارجاً من القضيب المنتصب فى شكل دفعات (٣-٧) بمعدل واحدة كل ٨ ثوان ، وتتكون ذروة الرجل من جزئين ، أولهما : انقباضات الأعضاء الداخلية للحوض وإشارات الإحساس بالقذف المحتتم .. وثانيهما : الانقباضات الإيقاعية لقناة الإحليل القضيبيية وعضلات قاعدة القضيب وعضلات العجان ويشعر الرجل عندئذ بقمة اللذة الجنسية و يدخل القضيب فى فترة عصيان لأى إثارة جنسية (refractory period) أما ذروة اللذة

الجنسية للأثنى فتكون من الانقباضات الإيقاعية (كل ٨ ثوان)
للعضلات المبطنة للمهبل وعضلات العجان والأنسجة المتورمة في
الفرج (Orgasmic platform) .

هـ - مرحلة الانحلال (Resolution) وهي المرحلة النهائية للاستجابة
الجنسية حيث تعود كل التغيرات إلى طبيعتها و يصاحبها الشعور
بالاسترخاء والراحة ، ففي الرجل يقل حجم القضيب وتبدل
الخصيتان إلى وضعهما المعتاد ، وفي الأثنى يعود المهبل إلى حالته
خلال فترة (١٠ - ١٥) دقيقة بعد الذروة ، وخلال نفس الفترة
يكمل الرحم عودته من وضعه المنتصب إلى داخل الحوض هابطاً .

وهناك مراكز عصبية مسئولة عن الوظيفة الجنسية في العجرتنبت أليافاً
عصبية من المناطق (٢ ، ٣ ، ٤) ، وتصل الألياف إلى جدران الأوعية الدموية
فتتحكم في اتساعها وتحدث الإثارة الجنسية والمركز العجزي هذا يبدو أنه يتوسط
في الإثارة الجنسية كاستجابة لإثارة مباشرة باللمس للأعضاء التناسلية ، بينما
توجد مراكز عليا تحدث الإثارة أساساً بواسطة الإثارة النفسية وتوجد هذه المراكز
في الدماغ الأوسط وأماماكن متفرقة من القشرة الانفعالية (Limbic Cortex) .

الاضطرابات الجنسية

(Sexual Disorders)

تقسم الاضطرابات الجنسية إلى مجموعتين :

١ - الشذوذات الجنسية (paraphilias) : وتتميز بالإثارة كاستجابة
لموضوعات جنسية أو مواقف ليست جزءاً من الأنماط المثيرة المعتادة والتي
قد تتداخل بدرجات مختلفة مع الوظيفة الجنسية .

٢ - اختلال الوظيفة الجنسية : (Sexual Dysfunctions) : وتتميز بتشوهات
الاستجابة الجنسية .

وهناك مجموعة متبقية هي الاضطرابات الجنسية غير المصنفة في مكان آخر .

١ - الشذوذات الجنسية (انحرافات السلوك الجنسي) (Paraphilias or Sexual Deviations)

و يتميز هذا الاضطراب بتكرار الإثارة الجنسية الشديدة وإثارة الخيالات المثيرة جنسياً ، كاستجابة لموضوعات جنسية أو مواقف ليست جزءاً من الأنماط المثيرة المعتادة ، والتي قد تتداخل بدرجات مختلفة مع الوظيفة الجنسية وتشمل بصفة عامة ما يلي :

- ١ - تفضيل استخدام الأشياء غير الآدمية .
- ٢ - معاناة النفس أو الشريك .
- ٣ - الأطفال أو الأشخاص غير الموافقين .

وقد تكون المثيرات الشاذة (أو الخيالات) دائماً هامة للإثارة ودائماً موجودة ضمن النشاط الجنسي ، وقد يفضل وجودها في نوبات كفترات التوتر مثلاً ، وخلال أوقات أخرى يكون الشخص قادراً على أداء الوظيفة الجنسية دون خيالات أو مثيرات شاذة .. وتشمل الشذوذات الجنسية ما يلي :

- ١ - الاستعرائية (Exhibitionism) .
- ٢ - التوثين (الفيتيشية) (Fetishism) .
- ٣ - التحكك (Frotteurism) .
- ٤ - الولع بالأطفال (الشذوذ المرتبط بالأطفال) (Pedophilia) .
- ٥ - المازوخية الجنسية (Sexual masochism) .
- ٦ - السادية الجنسية (Sexual sadism) .
- ٧ - التوثين منحرف الملبس (Transvestic Fetishism) .
- ٨ - التبصص (Voyeurism) .
- ٩ - الشذوذ غير المصنف في مكان آخر (Parahilia Not Othersiwe Specified) .

وعادة يكون لدى الشخص شذوذات من ثلاثة إلى أربعة من الشذوذات المختلفة كما يكون لديهم اضطرابات عقلية أخرى مثل الادمان ، اضطرابات الشخصية المختلفة .

ومن الأعراض المصاحبة أن يختار الشخص وظيفة تجعله في احتكاك بالمثير المرغوب ، مثل بيع أحذية السيدات أو العمل مع الأطفال أو قيادة سيارة إسعاف في حالة السادية ، وقد يجمع صوراً أو أفلام الموضوع الخاص به (المثير الشاذ) .. وبعضهم يلجأ للداعرات للحصول على إثارة شاذة ، أو ينفذون خيالاً تهيم مع ضحايا بالرغم منهم .

الإعاقة والمضاعفات :

وكثيرون من الشاذين جنسياً (المصابين بهذا الاضطراب) لا يعانون ولكن المشكلة تكمن في تفاعل الآخرين تجاه سلوكهم ، وبعضهم يشعرون بالذنب والخجل والاكتئاب عند الاندماج في نشاط جنسي غير معتاد (أو غير مقبول اجتماعياً) وتزداد معاناة الشخص عندما يصبح شريكه واعياً أن سلوكه الجنسي غير معتاد ، أو إذا رفض شريكه الاندماج معه في السلوك الجنسي ، عندئذ قد تثبط الإثارة الجنسية .. وفي بعض الشذوذات الجنسية قد يصاب الشخص جسمانياً كما في حالة المازوخية ، وقد يقبض عليه بواسطة البوليس ، كما في حالة الاعتداء على الأطفال أو التبصص والاستعرائية والتحكك والسادية الجنسية .

انتشار الشذوذات الجنسية :

تعد الشذوذات الجنسية شائعة الانتشار ولكن نادراً ما يمثلون للتشخيص والعلاج وتكثر بين الذكور عنها بين الإناث بنسبة (٢٠ : ١) ويصل السلوك الشاذ جنسياً إلى قمته بين الخامسة عشرة والخامسة والعشرين من العمر .

الأسباب :

١ - عوامل بيولوجية :

لوحظ وجود مشاهدات تشير إلى اضطرابات عضوية لدى ذوى السلوك الجنسي الشاذ ، وذلك من خلال فحص حالات الذين حولوا إلى مراكز طبية ، حيث وجد أن معدل الهرمونات غير طبيعي لدى (٧٤ %) ، ووجود

علامات اختلال عصبي دقيق لدى (٢٧٪) وشدوذ الجينات الوراثية (٢٤٪) .. ولكن يظل تساؤل هو هل هذه المشاهدات سبب حدوث هذه الشذوذات الجنسية أم أنها مجرد شذوذات مصاحبة وجدت بمحض الصدفة ؟ .. وهذا السؤال مازال قيد البحث .

٢ — عوامل نفسية واجتماعية :

تعتبر المدرسة التحليلية أن السلوك الشاذ جنسياً يعد فشلاً في اكتمال النمو النفسي الطبيعي في الانتقال إلى الغيرية الجنسية (أى الجنس الآخر) ، فالفشل في حل الصراع الأوديبي بالتوحد مع الأب من نفس الجنس ينتج إما توحداً مع جنس الأب من الجنس المقابل أو اختيار موضوع لإفراغ الطاقة الجنسية فيه . فالجنسية المثلية واضطراب تحول الزى ، واضطراب تحول الجنس تعتبر توحدات مع الجنس المقابل ، أما الاستعرائية والتبصص فإنها تعد تعبيرات عن التوحد الأنثوي ، حيث أن الشاذ يجب دائماً تفحص أعضائه الجنسية وأعضاء غيره ليهدىء من قلقه المرتبط بالخصاء .

وهناك مدارس أخرى تغزى الشذوذ الجنسي إلى الخبرات المبكرة التي تعود الطفل مزاوله هذا السلوك الشاذ جنسياً ، مثل محاكاته لآخر أو ممارسته مع آخر خلال طفولة .

الأنواع طبقاً لشدة السلوك الجنسي الشاذ :

١ — الخفيف : حيث يكون الشخص مكروب من تكرار النزعات الشاذة دون أن يمارسها .

٢ — المتوسط : وهو الذى يمارس أحياناً نزعاته الشاذة .

٣ — الشديد : حيث تتكرر النزعات كثيراً وتصاحبها الممارسة للسلوك الشاذ .

١ - الاستعرائية Exhibitionism

وتتميز بتكرار نزعات جنسية شديدة تثير الخيال مدتها ستة شهور وتشمل تعرية (استعراض) العضو التناسلي للغرباء، وهو إما يمارسها مكروب منها، وأحياناً يستمنى المضطرب خلال عرض عضوه الجنسي (أو يتخيل أنه يعرض عضوه للآخرين) .. لا يكون في هذا الاضطراب محاولة ممارسة الجنس مع المعروض له، ولذا فهو لا يؤذى صحته، بعضهم يكون واعياً برغبته في إدهاش الآخر (الملاحظ)، والبعض الآخر يتخيل أن الشخص المشاهد سوف يثار جنسياً، ويبدو أنها (الاستعرائية) تحدث للذكور فقط والضحايا غالباً من النساء أو الأطفال.

وتعنى الاستعرائية أن الشخص يؤكد رجولته بعرض قضيبه وملاحظة تفاعل الضحية من خوف أو اندهاش أو قرف، وعلى مستوى اللاشعور تعنى أن هذا الرجل يشعر بالخصاء والعجز الجنسي، وزوجات الاستعرائيين غالباً بديلاً للآم التي كان يرتبط بها الطفل بشدة خلال طفولته.

ويبدأ اضطراب الاستعرائية عادة قبل سن الثامنة عشرة أو بعده بقليل وقليل من الحالات يبدأ بعد سن الأربعين.

التشخيص : تشخص الاستعرائية بوجود :

١ - حفزات جنسية شديدة ومتكررة ومصاحبة بخيالات مثيرة جنسياً من خلال عرض (تعرية) الشخص لأعضائه التناسلية لشخص غريب دون اشتباه في أنه غريب، على مدى ستة شهور على الأقل.

٢ - والشخص إما أن يمارس هذه الحفزات أو أنه مكروب منها.

التشخيص الفارق :

١ - التعري في حالات الولع بالأطفال قد يكون جزءاً من الممارسة مع الطفل.

٢ - التبول في مكان عام : يعطى الفرصة أحياناً لمن لديه ميول استعرائية.

٣ - بعض حالات الذهان : مثل الهوس أو الخرف أو اضطراب الشخصية العنصرية.

٢ - التوثين (الفيتشية) Fetishism

وهو تكرار استخدام أشياء ليست بها حياة للحصول على إثارة جنسية إلا إذا كان الشيء مخصصاً للإثارة الجنسية مثل ملابس النساء أو الهزاز (١) (Vibrator) ، مثل متعلقات النساء من الأحذية أو الجوارب ، وقد يشمل النشاط الجنسي التوثن وحده كما في حالة ممارسة الاستمناء ، أو يدمج التوثن في ممارسة جنسية بأن يطلب من شريكه ارتداء شيء معين ، فالوثن عادة يلزم بشدة للإثارة الجنسية ، وغيابه قد يسبب فشل جنسي لدى الذكور .

و يبدأ هذا الاضطراب من الطفولة و يصبح مزمناً ، وعادة يحدث للذكور . .
ولدى الإناث قد يكون هوس السرقة (Kleptomania) محدثاً لإثارة جنسية وهنا يكون التوثن رمزاً للقضيب .

تشخيص التوثين :

١ - وجود حفزات جنسية شديدة ومتكررة وخيالات مثيرة تحوى استخدام أشياء ليست بها حياة .

٢ - والشخص يمارس هذه الحفزات أو أنه مكروب منها .

٣ - ليست الأوثان ملابس نساء أو أغراض معدة للإثارة الجنسية مثل الهزاز .

٣ - التحكك Frotteurism

يتميز هذا الاضطراب بحك الذكور قضيبه في جسد الأنثى المرتدية لكامل ثيابها للحصول على اللذة الجنسية ، وعادة يحدث ذلك في الأماكن المزدحمة (مثل الأتوبيسات) ، والمتحكك عادة شخص سلبى منعزل وغالباً يكون التحكك هو مصدره الوحيد للحصول على اللذة ، أما الضحية فيتم اختياره على

(١) الهزاز: جهاز يستخدم لاجداث انتصاب القضيب .

أساس الجاذبية الجنسية ، و يكون التحكك في فخذ الضحية أو مقعدته مع تخيل علاقة جنسية معه ، وقد لا يعترض الضحية لعدم تصوره أن هذا فعل جنسى في مكان عام .

وعادة يبدأ اضطراب التحكك في سن المراهقة ، و يقل بعد سن الخامسة والعشرين .

تشخيص اضطراب التحكك :

- ١ - وجود حفزات جنسية متكررة ومصاحبة بخيالات جنسية مثيرة من خلال التحكك وملامسة قضيب الشخص في جسد شخص آخر دون موافقته ، و يستمر لمدة ستة شهور .
- ٢ - ويمارس الشخص هذا السلوك الجنسى الشاذ أو يسبب له ازعاج .

التشخيص الفارق :

- ١ - الإثارة الجنسية الطبيعية : ولكن فيها موافقة الشريك .
- ٢ - التخلف العقلى أو الفصام : وفيهما نقص فى الحكم على الأمور وفى المهارات الاجتماعية أو التحكم فى النزعات وهولا يحاول التهرب بعد ملامسة الضحية .

٤ - الولع بالأطفال (الشذوذ الجنسى المرتبط بالأطفال) (Pedophilia)

ويعيز هذا الاضطراب وجود حفزات جنسية شديدة أو خيالات ، مثيرة جنسية مرتبطة بالأطفال غير البالغين الذين تقل أعمارهم عن ثلاث عشرة سنة ، وتكرر مدة لا تقل عن ستة شهور للمضطرب الذى لا يقل عمره عن ستة عشر عاماً ، ولا يقل فارق السن بين المضطرب والضحية عن خمس سنوات .

و يولع المضطربون بالأطفال من الجنس المقابل أكثر من ميلهم للأطفال من نفس الجنس ، و يفضلونهم بين الثامنة والعاشرة من العمر ، وفي بعض الحالات تكون الإشارة أياً كان جنس الطفل .. وبعض المضطربين يولع بالأطفال فقط (exclusive Type) وبعضهم يولع بالكبار أيضاً بالإضافة لولعه بالأطفال (non – exclusive) .

بعض المولعين بالأطفال قد تتحدد ممارسته للشذوذ بتعزية الطفل والنظر إليه مستمناً في وجوده ، أو ملامسة الطفل وتقيله ، بينما بعضهم يلحق أعضاء الطفل التناسلية أو يخترق مهبل الطفلة (أو فتحة شرج الصبي) باصبعه أو بالقضيب .. وقد يحدد الشخص ممارسته لأطفاله هو أو أطفال زوجته أو أقاربه أو ضحايا من خارج أسرته ، وبعضهم يهدد الطفل بفضح أمره ، وآخرون يحتالون للوصول إلى الطفل حتى بالزواج من الأم وكسب ثقتها .. وفيما عدا حالات السادية يكون المضطرب كريماً وملفت لانتباه الطفل و يلبي له حاجته في كل ما يطلبه ، وذلك لكسب ود الطفل واهتمامه وطاعته ومنعه من الكشف عما يحدث من ممارسة للآخرين .

بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ هذا الاضطراب في المراهقة وأحياناً عند منتصف العمر ، و يصبح مزماً خاصة فيمن يولعون بالأطفال الذكور ، وعادة يسير الاضطراب في موجات اشتدادية مرتبطة بالضغط الاجتماعي .

تشخيص اضطراب الولع بالأطفال :

١- تكرار حفزات جنسية لممارسة أو تخيل مثير جنسياً يكون موضوعه طفل قبل البلوغ (أقل من ١٣ سنة) ، واستمر ذلك ما لا يقل عن ستة شهور .

٢- ويمارس الشخص هذه الحفزات أو يصبح مكروباً من جرائها .

٣- لا يقل سن الشخص المولع بالأطفال عن ستة عشر عاماً ويجب أن يزيد عمره خمسة أعوام عن عمر الضحية (الطفل) .

التشخيص الفارق :

١ - التخلف العقلي ولزمة اضطراب الشخصية العضوى والتسمم الكحولى والفصام وهى تتميز جميعها بنقص قدرة الحكم على الأمور ونقص المهارات الاجتماعية وعدم ضبط النزعات وعادة يكون الفعل الجنسى مع الطفل مرة واحدة وهى ليست الطريقة المفضلة للحصول على المتعة الجنسية .

٢ - الاستعرائية : التعرى أمام طفل دون فعل جنسى .

٣ - السادية الجنسية : قد تصاحب الولع بالأطفال .

٥ - المازوخية الجنسية (١)

(Sexual Masochism)

تتميز المازوخية الجنسية بتكرار الحصول على الإثارة الجنسية من خلال إيذاء يقع عليه (من إهانة أو ضرب) أو من خلال مشاركة فى نشاط يهدد حياته أو يحقق له إيذاء بدنى ، وتظل الممارسة أو المعاناة منها فترة ستة شهور .
بعض المازوخين يتخيل أثناء الممارسة الجنسية أو الاستمناء (مثل الاغتصاب أو أنه قيد لدرجة لا يستطيع الهروب) ، وبعضهم يمارسون خيالاً تهم المازوخية بربط أنفسهم أو صعدق أنفسهم أو تشوييها أو مع شريك .. وتشمل الأفعال المازوخية الاجهاد الجسمى ، وتقييد الحركة ، وتغطية الوجه والصفع على الوجه (بالضرب) ، والصعدق بالكهرباء ، والوخز بدبوس ، والإيذاء بالألفاظ .. وأحياناً تكون رغبة المازوخى فى أن يعامل كطفل عاجز .

وهناك أنواع خطيرة من المازوخية يكون الإيذاء فيها بنقص الأكسجين (hypoxiphilia) وذلك بأن يضع الشخص كمادة على أنفه وأحياناً بالضغط على الصدر ، ولكنه يعطى نفسه فرصة للهروب من الاختناق قبل فقد الوعي ، وقد

(١) أخذ اسمها من (ليوبولد مازوخ) (Leopold Masoch) الروائى الاسترالى الذى عاش فى القرن

التاسع عشر وتميزت شخصيات رواياته بالحصول على المتعة الجنسية من خلال الإيذاء الواقع عليهن .

يفعل هذا مع شريك أو منفرد، وقد يحدث الموت لخطأ في خنق النفس، وتسجل البيانات في أمريكا وإنجلترا وأستراليا وكندا أنه يوجد (١ - ٢) من مثل هذه الوفيات تحدث في كل مليون مواطن تحدث كل عام .
وبعض الرجال ذوى المازوخية الجنسية يكون لديهم اضطراب التوثين أو السادية الجنسية مصاحباً .

بداية الاضطراب ومساره :

قد تبدأ الخيالات المازوخية من الطفولة ولكن بداية الممارسة متفاوتة ولكنها غالباً في بداية الرشد .. ومسار الاضطراب عادة مزمن ، وقد تتزايد شدة إيذاء الشخص لنفسه بمرور الوقت أو في فترات الضغوط النفسية والاجتماعية وقد تنتج عنها الوفاة .

تشخيص المازوخية الجنسية :

- ١ - تكرار حفزات جنسية أو خيالات مثيرة جنسياً من خلال إيذاء بدني أو نفسي يقع على الشخص أو معاناة من نوع ما ، وظلت لمدة ستة شهور .
- ٢ - والشخص يمارس هذه الحفزات أو يعاني من جرائها .

التشخيص الفارق :

- ١ - شريك لشخص سادی في ممارسة جنسية .
 - ٢ - الانتحار: كقتل للنفس دون مازوخية جنسية .
 - ٣ - الشخصية المشوهة للذات كسمة من سماتها .
- (self-defeating personality trait)
- تختلف في أنها تحتاج للإهانة ولكنها ليست مرتبطة بالإثارة الجنسية .

٦ - السادية الجنسية

(Sexual Sadism)

يميز هذا الاضطراب حفزات متكررة أو خيالات من إنزال الإيذاء البدني أو النفسي بشخص الشريك في العملية الجنسية وذلك للحصول على الإثارة

الجنسية لمدة لا تقل عن ستة شهور ويمارس الشخص هذه الحفزات أو تسبب له ازعاج .

وبعض المصابين بهذا الاضطراب يتضايقون من خيالاتهم السادية التي قد تظهر أثناء الممارسة الجنسية رغم أنهم لا يمارسونها ، وهذه الخيالات السادية تشمل السيطرة الكاملة على الضحية ، وآخرون يمارسون ساديتهم مع شريك مازوخي يوافقهم (بل ويستمتع من الإيذاء) ، والأفعال السادية (أو الخيالات) قد تشمل إكراه الضحية على الركوع أو تغطية وجهه أو ضربه (أى الضحية) أو حرقه أو صعقه بالكهرباء أو اغتصابه أو خنقه أو تشويهه أو قتله .

وأطلق على هذا الاضطراب اسم السادية (Sadism) نسبة إلى (الماركيزدى ساد) المؤلف الفرنسى فى القرن الثامن عشر والذى تم حبسه عدة مرات لأفعاله العنيفة خلال ممارسة الجنس مع النساء .. يفسر هذا الاضطراب تحليلياً بأنه دفاع ضد خوف الخصاء .

بداية الاضطراب ومساره :

توجد الخيالات من الطفولة ولكن ممارسة الأنشطة من بداية الرشد والمسار عادة مزمن فى أشكاله الشديدة ، وبعضهم قد لا تزداد أفعالهم السادية ولكن البعض الآخر تزداد بمرور الوقت ، وعندما يرتبط الاضطراب بالشخصية المضادة للمجتمع فإنه قد يصبح خطراً و يقتل ضحيته .

التشخيص الفارق :

١- الاغتصاب أو العدوان الجنسى قد يصاحب السادية ، ولكن فى حالات الاغتصاب فقط يكون الألم الجنسى المشاهد فى الضحية لا يثير جنسياً ، بل قد يفقد رغبته الجنسية عند ملاحظة تألم الضحية ، وأشارت الدراسات أن أقل من (١٠ ٪) من المغتصبين يكون لديهم سادية جنسية ، بعض المغتصبين يبدو أنهم يثارون جنسياً بواسطة إكراه شخص غير موافق على الاندماج فى ممارسة جنسية ، ويكون قادراً على المحافظة على الإثارة

الجنسية حتى مع تألم الضحية ، ولكنه يختلف عن الشخص السادی جنسياً في أنه لا يجد الإثارة الجنسية في معاناة الضحية .

٢- الأفعال السادية (Sadistic acts) : وهي الأفعال التي ترتكب في غياب الإثارة الجنسية في الجرائم المختلفة وفي تعذيب المساجين ولدى الأشخاص ذوي السمات السادية .

٧- اضطراب التوثين المتحول الزى (Transvestic Fetishism)

و يتميز هذا الاضطراب بارتداء فعلي للملابس الجنس الآخر، أو تخيل ذلك للحصول على إثارة جنسية وكمساعدة في عملية الاستمناء أو الجماع الجنسي واستمرت ممارسة هذا الشذوذ ستة شهور أو سبب له ازعاجاً .. وعادة يحتفظ الشخص بمجموعة من ملابس الجنس الآخر (الإناث) و يرتديها عندما يكون وحيداً، و يتخيل ذكوراً آخرين جذابين له كأنثى في الملابس الأنثوية التي يرتديها .

يوصف عادة هذا الاضطراب في الذكور فقط ، و يبدأ الاضطراب عادة في الطفولة أو بداية المراهقة ، و يمرور السنوات بعضهم يرغب في ارتداء ملابس النساء طول الوقت وإلى الأبد ، و بعضهم يرتدى قطعة واحدة داخلية و بعضهم يرتدى أكثر من قطعة ، وقد يضع ما كياج و يرتدى ملابس نساء كاملة وهؤلاء الذكور عادة يفضلون الجنس المقابل إلا أن خبراتهم الجنسية مع النساء نادرة ، وأحياناً ينخرطون في علاقات جنسية مثلية ، وقد يصاحبها أحياناً مازوخية .

بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ اضطراب التوثين متحول الزى من الطفولة أو بداية المراهقة وإن كان الظهور بالملابس المغايرة في مكان عام لا يتم إلا عند الرشد ، وعادة يبدأ جزئياً و ينتهى كلياً ، والجزء المفضل من الملابس قد يصبح مشبق في ذاته ، وقد يستخدم كعادة أول الأمر في الاستمناء وأخيراً في الممارسة الجنسية ، وأحياناً تختفى لدى بعض المضطربين الإثارة الجنسية المرتبطة باللبس ولكن يستمر

الجنس كمضاد للقلق ، في هذه الحالة بغير التشخيص إلى اضطراب الهوية الجنسية (Gender identity disorder) .

التشخيص :

- ١ - حفزات جنسية شديدة وخيالات مثيرة جنسياً متكررة لدى ذكر يفضل الجنس الآخر حول ارتداء ملابس الإناث لمدة ستة شهور.
- ٢ - يمارس الشخص هذه الحفزات أو ينزعج منها بشدة .
- ٣ - لا يتفق مع مواصفات اضطراب الهوية الجنسية .

التشخيص الفارق :

- ١ - اضطراب الهوية الجنسية : حيث يرتدى ملابس الجنس الآخر لتخفيف التوتر ويتم ذلك دون إثارة جنسية .
- ٢ - اضطراب عدم قبول الجنس (Trans-sexualism) إحساس دائم بعدم مناسبة جنسه له ورغبة مستمرة في تغييره والانشغال بذلك .
- ٣ - الجنسية المثلية : أحياناً يرتدى لباساً مغايراً لجذب ذكر آخر إليه ولكن هذا الارتداء لا يسبب له إثارة جنسية .

٨ - اضطراب التبصص

(Voyeurism)

يتميز اضطراب التبصص بحفزات جنسية شديدة ومتكررة أو خيالات جنسية مثيرة مرتبطة بملاحظة آخرين يمارسون الجنس أو عراه ، ويهدف هذا التبصص للحصول على إثارة جنسية ولا يبحث عن نشاط جنسي ، وتحدث الذروة الجنسية عادة من خلال العادة السرية أثناء التبصص ، أو بعد ذلك من خلال تذكر ما شاهده مسبقاً ، ويبدأ هذا الاضطراب قبل سن الخامسة عشرة ثم يصبح مزمناً بعد ذلك .

التشخيص :

١ — تكرار حفزات جنسية شديدة وخيالات مثيرة جنسياً تشتمل على ملاحظة شخص غريب عارياً أو خلال ممارسته لنشاط جنسى ، واستمر ذلك لمدة ستة شهور .

٢ — وهذه الحفزات يمارسها الشخص أو ينزعج منها بشدة .

التشخيص الفارق :

١ — النشاط الجنسي المعتاد : غالباً يتضمن إثارة جنسية من ملاحظة الشريك عارياً أو أثناء خلع ملابسه ، إلا أنه يكون ليس غريباً عنه بل ومندمجاً معه في الممارسة .

٢ — مشاهدة أفلام جنسية فهي معدة لذلك لإحداث إثارة .

٩ — الشذوذات الجنسية غير المصنفة في مكان آخر

(Paraphilia Not Otherwise Specified)

وهي مجموعة تتضمن الشذوذات الجنسية التي لا تتفق مع مواصفات أى من المجموعات المحددة السابقة ، ومن أمثلة هذه المجموعة :

١ — الإثارة الجنسية (الدعارة) من خلال التليفون (Telephone scatologia)

٢ — شذوذ اشتهاء الموتى (Necrophilia) .

٣ — شذوذ الولع بجزء من الجسم (Partialism)

٤ — شذوذ الولع بالحيوانات (Zoophilia) .

٥ — شذوذ الولع بالبراز (Coprophilia) .

٦ — شذوذ الولع بالبول (Urophilia) .

٧ — شذوذ الولع بالحقن الشرجية (Klismaphilia—enemas) .

التنبؤ بآل الشذوذ الجنسى :

يرتبط سوء المآل فى حالات الشذوذ الجنسى بالبداية فى سن مبكرة وكثرة ممارسة الفعل الشاذ ، وعدم الشعور بالذنب أو الخجل فى ممارسة هذا الشذوذ ، والادمان المصاحب .. ولكن يكون المآل حسناً فى حالات وجود تاريخ لجماع جنسى طبيعى بالإضافة للشذوذ وجود دافع قوى للتغير، وعندما يشعر الشخص بالمشكلة ويحضر بنفسه للعلاج وليس بإكراه من سلطة .

علاج الشذوذ الجنسى :

أهم المداخل العلاجية هو العلاج النفسى التبصيرى ، حيث يفهم دينامياته النفسية والأحداث التى تسبب عنها الشذوذ ، وخاصة أحداثه اليومية التى تحرك حفزاته الجنسية الشاذة (مثل بعد رفض واقعى أو متخيل) ويعيد العلاج النفسى للمريض ثقته بنفسه و يساعده على تحسين مهاراته الاجتماعية وأن يجد الطرق المثلى للإشباع الجنسى .

العلاج السلوكى يستخدم كثيراً فى علاج الشذوذات الجنسية لإزالة النمط الشاذ المتعلم من السلوك (مثل الصدمات الكهربائية أو الروائح الكريهة) يتم دمجها مع الحفزة ، التى سوف تتناقص .

أما العلاج الدوائى فيقتصر على الحالات التى يشخص فيها فصام أو اكتئاب فيعطى العقار المناسب .. وهناك عقار من البروجستيرون يسمى (Medroxyprogesterone) يستخدم بفعالية فى بعض الدول لحالات زيادة الرغبة الجنسية التى لا يمكن للشخص السيطرة عليها (كما فى حالات إسراف العادة السرية أو الميول الاغتصابية الشديدة) .

٢ - اختلال الوظيفة الجنسية

(Sexual Dysfunctions)

وتشمل الاضطرابات الآتية :

١ - اضطرابات الرغبة الجنسية (Sexual desire disorders) .

٢ - اضطرابات الإثارة الجنسية (Sexual arousal disorders) .

٣ - اضطرابات الذروة الجنسية (orgasm disorders) .

٤ - اضطرابات الألم الجنسي (Sexual pain disorders) .

٥ - اضطرابات الوظيفة الجنسية غير المصنفة في مكان آخر

(Sexual dysfunctions not otherwise specifed)

٦ - اضطرابات جنسية أخرى (Other sexual disorders) .

وهذه المجموعة من الاضطرابات لا تشخص إذا كان سبب الاضطراب عضوى مثل اضطراب جسمى أو عقار، أو إذا كان راجعاً إلى اضطراب عقلى آخر على المحور الأول .

١ - اضطرابات الرغبة الجنسية

(Sexual desire Disorders)

و يقسم هذا الاضطراب إلى قسمين :

أ - اضطراب نقص الرغبة الجنسية

الذى يتميز بنقص أو غياب رغبة النشاط الجنسي (hyposexual desire Disorder) ، و ينتشر بنسبة (٣٥ ٪) بين الإناث و (١٥ ٪) بين الذكور الذين يشكون من عدم وجود الرغبة الجنسية .. و يتميز بتكرار أو استمرار نقص أو غياب الرغبة للممارسة الجنسية ، و يتم التشخيص بواسطة الأخصائى بعد أن يأخذ فى الاعتبار عوامل مثل السن والجنس والحالة الصحية العامة و حياة الشخص الاجتماعية ، وهذا الاضطراب ليس راجعاً إلى اضطراب نفس آخر (من بين التشخيصات الأخرى التى توضع على المحور الأول) مثل الاكتئاب النفسى ، وإن كان يمكن أن يصاحبه .

ب - اضطراب تجنب اللقاء الجنسي

(Sexual aversion disorder)

الذى يتميز بتكرار التجنب لكل أو أغلب اللقاءات الجنسية مع الشريك الجنسي ، و حدوثه لا يستبعد خلال مسار اضطراب نفسى آخر على المحور الأول مثل الوسواس القهرى أو الاكتئاب .

الأسباب :

١- **عوامل بيولوجية :** تعطى عقاقير تثبط الجهاز العصبي المركزي أو تقلل من هرمون التستوستيرون تسبب نقص الرغبة الجنسية ، كما أن مرضاً جسمانياً شديداً قد يسبب نقص الرغبة الجنسية أيضاً ، أو عملية جراحية أثرت على صورة الجسم مثل استئصال الثدي جراحياً أو استئصال الرحم أو البروستاتا قد يقلل من الرغبة .

٢- **عوامل نفسية :** يعد نقص الرغبة الجنسية دفاع (طريقة دفاعية) للحماية من مخاوف لا شعورية حول الجنس ، أو نزعات جنسية مثلية غير مقبولة تثبط الرغبة أو تسبب التجنب للممارسة الجنسية ، فلقد اعتبر فرويد نقص الرغبة الجنسية راجعاً إلى عدم حل الصراع الأوديبي والتثبيت في المرحلة القضيبية ، أو الخوف من المهبل أن يخصى (يقطع) القضيب إذا اقترب منه (Vagina dentata) (أى الاعتقاد اللاشعوري بأن الفرج له أسنان) ، ومن ثم فإنه يتجنب جهاز الأنثى التناسلي كلية . كما أن القلق المزمن أو الاكتئاب يمكن أن يكون سبباً لنقص الرغبة الجنسية ، وقد يكون نقص الرغبة تعبيراً عن العداء للشريك الجنسي .

٢- اضطرابات الإثارة الجنسية

(Sexual arousal disorders)

وتشمل اضطرابات الإثارة الجنسية لدى الذكر وكذلك لدى الأنثى .

أ- اضطراب الإثارة الجنسية لدى الذكر

(العنة) (impotence)

و يتميز بالفشل الجزئي أو الكلي في المحافظة على انتصاب القضيب حتى إتمام العملية الجنسية ، سواء كان هذا الفشل ثابتاً أو متكرراً . . وقد تكون العنة أولية حيث لم ينجح الشخص في إدخال قضيبه إلى فرج أنثى ، أو عنة ثانوية حيث يكون قد نجح في ذلك في وقت ما من حياته الجنسية ولكنه أخيراً غير قادر على ذلك ، وهناك العنة الانتقائية حيث ينجح أحياناً ويفشل في أحيان أخرى مثل من ينجح مع داعرة ويفشل مع زوجته .

ولقد لوحظ وجود العنة الثانوية في نسبة كبيرة من الرجال تصل إلى (٢٠ %) من كل الرجال ، بينما لا تتجاوز العنة الأولية (١ %) من الرجال الذين تقل أعمارهم عن خمسة وثلاثين عاماً ، ويزداد معدل العنة مع تقدم السن ، وقرر (كينزى) أن (٧٥ %) من الرجال لديهم عنة في سن الثمانين ولكن لوحظ أن العنة مع السن ليست شرطاً حيث أن توافر الشريك في الشيخوخة هو العامل الحاسم في استمرار الطاقة الجنسية من عدمها .

■ أسباب العنة :

١- عوامل بيولوجية : هناك أمراض جسمانية عديدة قد تسبب العنة مثل

التهاب الغدة النكفية وفشل وظائف القلب والفشل الكلوى وتليف الكبد ونقص التغذية ومرض البول السكرى ، ومرض إديسون واختلال وظيفة الغدة النخامية في تنشيط الخصيتين ونقص نشاط الغدة الدرقية أو زيادة نشاطها ، أو أمراض عصبية مثل التصلب المتناثر ومرض باركنسون ومرض الحبل الشوكى والتهاب الأعصاب الطرفى ، وكذلك بتأثير بعض العقاقير المحدثه للإدمان مثل الكحول والمورفين والكوكايين والامفيتامين ، أو بتأثير عمليات جراحية مثل استئصال البروستاتا عن طريق العجان ، أو العلاج بالإشعاع أو حالة الضعف العام الشديدة .

وهناك بعض العقاقير التى تحدث العنة مثل بعض مضادات الاكتئاب (الایمیبیرامین والديسيبرامين والكلوميبرامين والأميترىبتيلين ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الحيوية) وكذلك الليثيوم والليبريوم وبعض المطمئنات العظمى (مثل الفلوفينازين والثيوريدازين والكلوربروثكسين والبرفينازين والرزربين والهالوبيريدول) وبعض مضادات الضغط المرتفع (مثل الكلونيدين والمثيل دوبا) .

أما بخصوص إزالة الخصيتين فيما يسمى بعملية الخصاء فإنها لا تسبب العنة لأن لمس الفخذين من الداخل يحدث الانتصاب حيث أن مراكز الانتصاب فى العجز مازالت سليمة .

٢- عوامل نفسية : اعتبر فرويد سبب العنة هو عدم قدرة الرجل على الجمع بين مشاعر الحب ومشاعر الرغبة تجاه نفس المرأة . مثل هذا الرجل قد يستطيع ممارسة الجنس مع النساء الساقطات في نظره . وهناك عوامل نفسية أخرى مثل الأنا الأعلى القاسى الذى يعاقب الشخص على حفزاته الجنسية أو عدم الشعور بالأمان أثناء الممارسة ، أو الشعور بالدونية مع شريكه أو الشعور بأنه غير مرغوب منها .. وغالباً ما تعكس العنة اضطراباً في العلاقة الحالية بين الشريكين في الممارسة الجنسية .

إذا اتضح من التاريخ الجنسي المفصل للشخص أنه يحدث له انتصاب تلقائى أحياناً أو في الصباح الباكر أو أثناء ممارسة العادة أو مع شريك آخر غير زوجته ، فإن هذا يجعلنا نستبعد الأسباب العضوية للعنة .

وهناك طرق لمعرفة ما إذا كان هناك انتصاب خلال فترات النوم أم لا (nocturnal penile tumescence) ، تساعد في استبعاد الأسباب العضوية ، وتستخدم بعض الاستقصاءات العملية لمعرفة السبب العضوى مثل : معدل السكر في الدم ومستوى الهرمونات في الدم (التستوستيرون والبرولاكتين) ووظائف الكبد والغدة الدرقية .

ب - اضطراب الإثارة الجنسية لدى الأنثى

و يتميز بفشل الأنثى في الحصول على الإثارة الجنسية كلياً أو جزئياً حتى إتمام الأداء الجنسي و يتكرر ذلك أو يكون سمة ثابتة ، والإثارة الجنسية لدى الأنثى (كما سبق توضيحها) في ترطيب الفرج ودفعه واحتقانه ، ولذا فإنه يطلق أحياناً على هذا الاضطراب البرود الجنسي (Frigidity) و يصعب معرفة معدل انتشاره ، ولكن تشير بعض الدراسات إلى أن (٣٣ %) من الزوجات السعداء في حياتهن الزوجية يفشلن في المحافظة على إثارتهم الجنسية أثناء عملية الجماع .

و يرتبط نقص الإثارة الجنسية لدى الأنثى بعوامل نفسية عديدة ، فالصراعات النفسية تعبر عن نفسها في تثبيط الإثارة الجنسية لدى الإناث ، وبعضهن يكون السبب هو وجود ألم أثناء عملية الجماع أو يصاحب نقص الرغبة الجنسية .

كما وجدت علاقة بين معدلات الهرمونات في الدم والإثارة الجنسية ، حيث لوحظ أن النساء السويات جنسياً يكون لديهن رغبة جنسية بصفة خاصة قبل بدء الحيض (الدورة الشهرية) ، أما اللاتي يعانين من اختلالات الوظيفة الجنسية فإنهن يشعرن بإثارة جنسية عقب الحيض أو عند وقت التبويض .

٣ - اضطرابات الذروة الجنسية (Orgasm Disorders)

أ - نقص الذروة الجنسية لدى الذكر (Inhibited Male Orgasm)

و يتميز بالتأخر أو غياب الذروة الجنسية المتكرر أو المستمر لدى الذكر، بعد مرحلة إثارة جنسية سوية خلال ممارسة جنسية ، وهذا الفشل عادة مرتبط بالمهبل ، أما خارجه فيمكن الوصول إلى الذروة الجنسية بإثارة أخرى مثل الاستمناء (العادة السرية) ، وليس سبب ذلك اضطراب نفسي آخر (يوصف على المحور الأول) مثل الاكتئاب .

ويطلق على هذا الاضطراب أيضاً (تأخر القذف) حيث يحصل الرجل على القذف بصعوبة خلال عملية الجماع (Retarded Ejaculation) ، ويمكن أن يكون أولياً (إذا لم يستطع القذف خلال ممارسة جنسية إطلاقاً) أو ثانوياً (إذا حدث بعد فترة أداء طبيعي) .

ويجب علينا أن نميز بين الذروة الجنسية المثبطة (الموصوفة هنا) وبين القذف الراجع (retrograde ejaculation) حيث يكون القذف الراجع في حالات استئصال البروستاتا أو تعاطى عقاقير ذات مفعول مضاد للكولين (anticholinergic) مثل مجموعة الفينوثيازين ، وفيها يرجع السائل المنوي إلى الخلف أى إلى المثانة البولية .. وهناك من يقذفون ولكنهم يشكون من غياب الشعور باللذة المصاحب لعملية القذف (Orgasmic anhedonia) .

و يعتبر اضطراب الذروة الجنسية المثبطة لدى الذكر أقل انتشاراً من العنة حيث لم تتجاوز نسبته (٣٨٪) في عينة من الرجال يعانون من الاضطرابات الجنسية .

■ الأسباب :

١- عوامل بيولوجية : جراحة أجريت على الجهاز البولي التناسلي مثل استئصال البروستاتا ، أو مرض باركنسون ، أو أمراض عصبية أثرت على المناطق القطنية والعجزية من الحبل الشوكي ، بعض العقاقير المخففة لضغط الدم المرتفع مثل الميثيل دوبا والجوانثيدين ، ومجموعة الفينوثيازين .

٢- عوامل نفسية : عادة في حالات تثبيط الذروة الجنسية الأولى يكون السبب نفسى ، حيث يدرك الرجل المصاب بهذا الاضطراب الجنسي كشىء مثير للشعور بالذنب والأعضاء التناسلية كشىء قذر ، وقد يكون لديه رغبات (شعورية أو لا شعورية) محرمة وشعور بالذنب ، تبعاً لذلك ، وتوجد صعوبة في علاقته الحميمة خارج نطاق الجنس .. وقد يكون تثبيط الذروة الجنسية يعكس اضطراباً في العلاقة مع الشريك الجنسي ، أو يكون متناقضاً إزاء رغبة زوجته في الحمل ، أو أن زوجته فقدت جاذبيتها الجنسية بالنسبة له ، أو أنه يعبر عن عدوان مكبوت تجاهها ، وهذا الاضطراب شائع أكثر بين مرضى الوسواس القهرى أكثر من غيرهم .

ب- الذروة المثبطة لدى الأنثى

(Anorgasmia) (Inhibited Female Orgasm)

التأخر أو غياب الذروة الجنسية لدى الأنثى والمتكرر بعد إثارة جنسية طبيعية أثناء الممارسة الجنسية التي تكون مناسبة في الشدة والمدة (من خلال حكم الأخصائي) ، بعض الإناث يكن قادرات على أن يصلن لذروة جنسية أثناء الجماع في غياب إثارة البظر باليد ، وبعضهن يكن قادرات على الوصول لذروة جنسية من خلال إثارة البظر في غير جماع دون حدوث ذلك في الجماع إلا بإثارة البظر ، وهذا يعد تفاوتاً طبيعياً في استجابة الأنثى الجنسية .

وتشير نظرية فرويد إلى أن الأنثى يجب أن تنتقل من حساسية البظر التي توصلها إلى الذروة الجنسية إلى حساسية المهبل التي تحقق لها الذروة وصولاً إلى النضج الجنسي ، ولكن الكثيرات من النساء لا يصلن للذروة الجنسية إلا إذا صاحب الجماع إثارة للبظر ، وهذا يعد تفاوتاً طبيعياً أيضاً .

وتعد المرأة فاقدة الذروة أولياً (Primary) إذا لم تذوقها أبداً بأي نوع من الإثارة طويلة حياتها السابقة ، وثانويًا (Secondary) إذا خبرته المرأة ولو مرة واحدة مهما كان نوع الإثارة (سواء كان بالعادة السرية أو خلال النوم بالاحتلام) . وفقد الذروة الأولى تصل نسبته (٥ %) فقط (في دراسة كينزى على المتزوجات فوق الخامسة والثلاثين) ، أما فقد الذروة الجنسية الثانوى فيعد شكوى شائعة للمتزوجات .

وعدم حصول المرأة على ذروة جنسية يرجع إلى أسباب نفسية هي : الخوف من الحمل ورفض الشريك الجنسي ، وتلف (جرح) بالمهبل ، العدوان تجاه الرجل والشعور بالذنب تجاه الحفريات الجنسية .. ولدى بعض النساء تكون الذروة الجنسية مساوية لفقد السيطرة على النفس ، أو مرتبطة بالسلوك العدواني المدمر ، وهذه المشاعر يعبر عنها بتثبيط الذروة الجنسية أو الإثارة الجنسية .. كما أن المحاذير الاجتماعية والقيم الثقافية المرتبطة بالكبت الجنسي لها أهمية في حدوث هذا الاضطراب .

وقد تكون المرأة التى لا تصل إلى ذروة جنسية لا تعاني شيئاً آخر ، ولكن أحياناً تعاني من إحباط أو احتقان فى الحوض وألم فى أسفل البطن وهرش وزيادة الإفراز المهبل ، بالإضافة إلى زيادة التوتر وسرعة الاستثارة والإجهاد الجسماني .

سرعة القذف

(Premature Ejaculation)

وهو اضطراب مرتبط بالذروة الجنسية أيضاً ، ويتميز بتكرار القذف قبل رغبة الشخص فى إحداث قذف ، مع إثارة جنسية ضئيلة أو قبل الإثارة ، سواء كان قبل إدخال القضيب أو بعده ، ويؤخذ فى الاعتبار عند تشخيص هذا الاضطراب عوامل السن والنظرة إلى الجنس ومدة الجماع ، وتختلف رؤية (ماسترز وجونسون) لهذا الاضطراب ، حيث يريانه من منظور الزوجية بأنه عدم كفاية فترة الجماع للوصول المرأة إلى ذروة جنسية على الأقل فى نصف مرات الجماع .. لا يحدث للمرأة قذف مبكر (ذروة جنسية مبكرة) ، ولكن لوحظ

حدوث ذروات جنسية متعددة تلقائية تحدث للمرأة دون إثارة جنسية وتنشأ عن
بؤرة صرعية في الفص الصدغي .

وأسباب هذا الاضطراب نفسية أهمها نفس أسباب العنة (التي سبق
ذكرها) عدم الرضا عن الشريك الجنسي ، والقلق المرتبط بالجماع والمخاوف
المرتبطة بالفرج ، والتسرع والارتباك أو الخوف من آخريين يقيمون معه في نفس
المسكن ، أو وجود مشاكل في الحياة الزوجية .

٤ - اضطرابات الألم الجنسية

(Dyspareunia) (Sexual Pain Disorders)

وفيه يوجد ألم ثابت ومتكرر في العضو التناسلي (سواء للذكر أم للإثني) ،
قبل أو أثناء أو بعد الممارسة الجنسية ، وليس سبب هذا الألم نقص الترطيب أو
انقباض المهبل أو أى سبب عضوي آخر .. وقد ينشأ هذا الاضطراب عن التوتر
والقلق المرتبط بالعملية الجنسية ، ويتبع هذا الألم انقباض عضلات المهبل
لا إرادياً ، والألم يكون إحساساً حقيقياً ومزعجاً وغير محتمل .. والألم المرتبط
بالجماع قد يحدث للرجال ولكنه غير شائع كشكوى مرضية .

التقلص المهبل

(Vaginismus)

وهو تقلص لا إرادي في عضلات الثلث الخارجى للمهبل الذي يمنع إيلاج
القضيب داخله أثناء الممارسة الجنسية ، وقد يحدث هذا أثناء الفحص المهبل
أيضاً ، ويشترط لتشخيصه عدم وجود سبب عضوي أو إذا كان عرضاً لاضطراب
نفسى آخر على المحور الأول .. وهذا الاضطراب ينتشر أكثر بين المتعلقات اللائي
ينحدرن من طبقات اجتماعية راقية ، ورغم أن الفتاة قد ترغب في الممارسة
الجنسية إلا أنها لا شعورياً تنقبض لمنع اختراق القضيب لجسدها حيث قد
تصوره (القضيب) على أنه سلاح قد يؤذيها ، وقد يكون السبب هو صدمة جنسية
مثل الاغتصاب ، وأحياناً الألم من الجماع الأول الذى يتمزق فيه غشاء
البكارة هو الذى يسبب التقلص المهبل ، وأحياناً تكون القيم التربوية المضادة

للجنس هى المسئولة عنه ، وقد يكون التقلص المهبلى بسبب سوء معاملة الزوج (الشريك) وهذا رفض له .

٥ - اضطرابات الوظيفة الجنسية غير المصنفة فى مكان آخر

(Sexual dysfunctions not otherwise specified)

وهى مجموعة الاضطرابات التى لا يمكن تصنيفها تحت أى من الاضطرابات السابقة مثل :

١ - غياب الإحساس الشبقى أو الخدر وعدم الشعور باللذة رغم الأداء الفسيولوجى السليم لكل مراحل الوظيفة الجنسية (Orgasmic anhedonia) بسبب الشعور بالذنب تجاه الاستمتاع باللذة الجنسية ، وهذا يحدث انشاقاً يعزل فيه الوجدان عن الخبرة الفسيولوجية المعاشة .

٢ - الحالات التى تشبه القذف السريع لدى الأنثى .

٣ - الإسراف فى العادة السرية تحت الشعور بالقهر فى ذلك الإسراف .

٤ - الألم فى العضو التناسلى أثناء العادة السرية .

٥ - الصداع الذى يتبع الجماع : يحدث فى المنطقة القفوية أو الجبهية وسببه غير معروف ولكنه قد يكون وعائى أو ناتج عن توتر العضلات وانقباضها (Tension headache) وقد يرسب الجماع نوبات صداع الشقيقة (Migraine) .

٦ - اضطرابات جنسية أخرى غير مصنفة

وهذه المجموعة غير مصنفة ضمن الشذوذات الجنسية أو الوظيفية الجنسية (١) ومن أهمها ما يلى :

(١) بعض هذه الاضطرابات غير وارد ضمن التصنيف الاحصائى التشخيص المراجع الثالث .
(DSM III-R)

١- كرب ما بعد الجماع (Post coital dysphoria) ، حيث يصبح الشخص بعد خبرة جنسية مشبعة مكثب ومتوتر ومشدود سريع الاستثارة ، ينسحب من شريكه الجنسي وقد يؤذيه بالضرب أو بالألفاظ .. وهذا الاضطراب أكثر شيوعاً لدى الرجال ، و يرجع لموقف الشخص من الجنس بوجه عام ، وهو أكثر حدوثاً في الممارسات الداعرة وأحياناً يكون الخوف من مرض جنسى مثل الإيدز (AIDS) هو السبب ، والعلاج نفسى فى مثل هذه الحالات .

٢- مشاكل جنسية متعلقة بصورة الجسم : فالشخص الذى يشعر تجاه جسده بعدم مناسبة لمقاييس الرجولة أو الأنوثة قد يحدث له اضطراب جنسى فقد يصر على ممارسة الجنس فى الظلام الدامس ، ولا يسمح بلمس أجزاء معينة من جسمه أو برؤيتها .

٣- الدانجوانية (Don-Juanism) : بعض الرجال يبدون كمفرطى جنس حيث يحتاجون الممارسة الجنسية المتكررة ، ولكن هذا يخفى مشاعر عميقة من الشعور بالنقص ، وبعضهم لديه ميول جنسية مثلية لا شعورية فيتم إنكارها باتصالات جنسية قهرية متعددة مع النساء ، وأغلب الدانجوانيين يفقدون اهتمامهم بالمرأة بعد الجماع .

٤- الغلطة النسوية (السودة) : (Nymphomania) و يشير إلى وجود رغبة جنسية مرضية للجماع لدى الأنثى ، وأغلبهن يعانين من اضطرابات جنسية خاصة فقد الذروة الجنسية ، كما يوجد لديهن خوف شديد من فقد الحب والمرأة فى هذه الحالة تحاول أن ترضى (تشبع) اعتماديتها أكثر من محاولتها إشباع نزعتها الجنسية .

٥- اضطراب التوجه الجنسى (Sexual orientation Distress) هذا الاضطراب يعرف بالجنسية المثلية غير المتوافقة مع الذات (Ego-dystonic homosexuality) ويميزه رغبة الشخص فى أن يكتسب الإثارة من خلال علاقة طبيعية مع الجنس الآخر ، ومعاناته من جنوسيته (أى ميوله الجنسية المثلية) المتغلبة عليه والتي يرفضها داخلياً ولا يستريح

إليها .. وقد تنعدم ميوله تجاه الجنس الآخر، حيث لا يحرك الجنس الآخر شيئاً من غريزته الجنسية، أو يحركها بدرجة ضعيفة، وأحياناً يتجنب العلاقة مع الجنس الآخر خوفاً من عدم تجاوبه وفشله، وقد تنجح علاقته بالجنس الآخر ولكنها لا تدوم .. ويكون لدى الشخص رغبة في الزواج وإنجاب الأطفال وبناء الأسرة، وبرغم استمرار هؤلاء الأشخاص في ممارستهم الجنسية المثلية إلا أنهم سرعان ما يفقدون استمتاعهم بها بسبب المشاعر السلبية تجاه هذا التوجه الجنسي غير الطبيعي .
و يصاحب هذا الاضطراب خاصة في مجتمعنا العربي بصفة عامة والمصري بصفة خاصة أعراض السخجل والشعور بالذنب والعزلة الاجتماعية والاكتئاب والقلق .

■ أسباب الجنسية المثلية :

اعتبر فرويد الجنسية المثلية توقف في النمو النفسي الجنسي عند مرحلة حب نفس الجنس (ما يشبه الذات) وعدم الانتقال إلى حب الآخر، فالإنسان ينتقل من نرجسية حب الذات إلى حب الشبيه ثم ينتقل إلى الميول الجنسية المغايرة، وتضيف النظرية التحليلية أن الظروف النفسية المبكرة في الطفولة هي التي تسبب السلوك الجنسي المثلي وأهمها الارتباط الشديد بالأم والتوحد بها وغياب دور الأب الفعال في حياة الطفل، وعدم تشجيع الأم للدور الرجولي لدى الولد (أو الدور الأنثوي لدى البنت) ، أو النكوص إلى مراحل مبكرة من النمو النرجسي، كما أن استمرار حسد القضيبي لدى الأنثى يجعلها مثلية الميول بعد البلوغ .

وهناك دراسات بيولوجية تشير إلى نقص معدل الهرمونات الجنسية الذكرية في الدم لدى الجنوسيين من الرجال .. كما أن دراسات التوائم كشفت عن زيادة معدل تطابق الجنسية المثلية بين التوائم المتماثلة عنها بين التوائم غير المتماثلة، مما يشير إلى تهيئة جينية غير معروفة ولكن دراسة الجينات الوراثية لدى كل من الجنوسيين والأسوياء لم تكشف عن اختلاف بينهما .

■ بداية الاضطراب ومساره :

تبدأ الجنسية المثلية في سن المراهقة ، وكثيرون منهم بدأت خبراته المبكرة قبل البلوغ ، وقد يقبلون أنفسهم كجنوسيين أو ينتقلون للعلاقة مع الجنس الآخر التي قد تصبح مشبعة ، ولقد لوحظ تناقص كبير على مستوى العالم في ممارسة الجنوسية بعد انتشار مرض الإيدز (AIDS) بين الجنوسيين أكثر من غيرهم ، حيث تعد الممارسة الجنوسية إحدى طرق انتقاله .

■ علاج الجنسية المثلية (اضطراب التوجه الجنسي) :

هناك العلاج التحليلي النفسي الذي يفيد في تغيير التوجه الجنسي داخلياً وتحقيق نضج النمو النفسي الجنسي الذي يكون سبباً في الاضطراب ، وإعادة ترتيب البناء النفسي بما يدعم الميل الجنسية الغيرية ، ولكن يلزم له الوقت الكافي ، وهناك العلاج السلوكي الذي ينمى تشريطاً تجنبياً للجنسية المثلية ، ويعيبه أن التغير قد يكون سطحيّاً فقط وقد يحدث تجنباً لكل الإثارات الجنسية مثلية وغيرية .

علاج الاضطرابات الجنسية

و يعد هذا النوع من العلاج أحد التخصصات الدقيقة حالياً ضمن إطار الطب النفسي ، ولذا فإننا سوف نشير هنا إلى أنواعه فقط وهي العلاج النفسي الفردي الذي يركز على اكتشاف الصراعات النفسية اللاشعورية والدوافع للاضطراب وما يرتبط بها من خيالات ، أو صعوبات مع الآخرين والتعامل مع هذه الديناميات .. وهناك العلاج السلوكي الذي يتوجه للاضطراب حسب نوعه بهدف تعديل السلوك الجنسي ، والعلاج الجماعي لتهيئة جوجاعي لمساندة المضطرب نفسياً ومساعدته على إزالة معاناته ، والعلاج البيولوجي مثل استخدام عقار الثيوريدازين في حالات سرعة القذف ، أو مضادات الاكتئاب في حالات الخوف المرتبط بالجنس ، واستخدام الهرمونات الجنسية في بعض الحالات ، والعلاج الزواجي والأسري .

الفصل العاشر

■ مقدمة:

١ - رجل في الخامسة والثلاثين من عمره يعمل ممرضاً جاء يشكو من أنه لم يعد قادراً على العمل بعد أن أصبحت نوبات مفاجئة من النوم تباغته لا إرادياً أثناء العمل ، وسبق أن حدثت له بسببها عدة حوادث أثناء قيادة سيارته مما جعله يمتنع عن قيادتها ويصاحب هذه النوبات ارتخاء شديد في عضلات جسمه يشبه الشلل ، ولم يكشف الفحص النفسى أو الجسدى عن علامات أخرى .

٢ - رجل في الثانية والستين من عمره ، متزوج ولديه أولاد ، أحيل إلى المعاش ، يعاني من صعوبة الدخول في النوم منذ شهر دون أعراض أخرى جسدية أو نفسية مع أنه قد ينام أثناء مشاهدته للتلفزيون .

٣ - رجل في الثانية والخمسين من عمره كان قد وصل إلى مصر قادماً من أمريكا في اليوم السابق لموعد عمل بيننا ولكنه اعتذر عن الموعد لأنه لم ينم في الليلة الماضية لاختلاف التوقيت اليومي بين البلدين .

٤ - سيدة في السادسة والعشرين من عمرها تشكو أن زوجها قد ضاق بسيرها أثناء نومها حيث تتجول داخل الشقة دون هدف أو تتجه للباب محاولة فتحه ثم تعود لفراشها ويجد صعوبة في إيقاظها أثناء ذلك وعندما يذكرها بما حدث في الصباح لا تذكر شيئاً .

هذه الأمثلة لحالات أكلينيكية سوف نعرض لها في هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافاً تعليمية ؟ ما هي هذه الأهداف ؟

اضطرابات النوم (Sleep Disorders)

تعد اضطرابات النوم من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً ، حيث يقدر من عانوا من الأرق ووصل الأمر بهم للبحث عن علاج في عام واحد (٣٠ ٪) من جموع المواطنين ، وهذا الفصل لا يصف مجرد اضطراب النوم العابر ولكنه يصف اضطرابات النوم المزمنة (التي تزيد مدتها عن شهر) ، لأن الاضطراب العابر للنوم قد يكون جزءاً من الحياة اليومية المعتادة ، أو متسبباً عن ضغط نفسي اجتماعي ، وسوف لا يشخص ضمن هذه المجموعة .

واضطرابات النوم شائعة ضمن أعراض الأمراض النفسية والجسدية مثل الاكتئاب أو الأمراض الجسدية المصحوبة بآلام أو احساس بعدم الراحة ، أو بسبب تعاطي عقاقير معينة ، وعندما يرتبط اضطراب النوم بمرض نفسي آخر أو جسدي فإنه يشخص كاضطراب نوم إذا كان عرضاً بارزاً .

يقسم اضطراب النوم إلى مجموعتين رئيسيتين :

أولاً : اضطرابات النوم (Dyssomnias) : من حيث كمية النوم وكيفيته وتوقيته .

ثانياً : اضطرابات المخلات بالنوم (Parasomnias) : حيث تقع أحداث بارزة غير طبيعية تخل بالنوم .

أولاً - اضطرابات النوم (Dyssomnias)

وتتميز باضطراب كمية النوم أو كيفية النوم أو وقت النوم (إيقاعه) ، وتشمل ثلاث مجموعات :

١ - اضطراب الأرق (Insomnias) .

٢ - اضطرابات فرط النوم (Hypersomnias) .

٣ - اضطراب إيقاع اليقظة والنوم (Sleep-wake schedule disorder) .

١ - اضطرابات الأرق

(Insomnias)

وتتميز بشكوى بارزة في صعوبة بدء النوم أو المحافظة عليه أو الشعور بعدم الراحة بعد النوم الذي يبدو كافياً في كميته ، ويحدث على الأقل ثلاث مرات كل أسبوع لمدة شهر ، وشدته تكفى لينتج عنها شكوى من الإجهاد خلال ساعات النهار ، أو ملاحظة الآخرين لبعض أعراض اضطراب مثل سرعة الاستثارة أو اختلال الأداء الوظيفي خلال ساعات النهار ، ولا يشخص الاضطراب إذا كان الأرق فقط خلال مسار اضطراب إيقاع النوم واليقظة أو ناشئاً عن اضطراب الأحداث المخلة بالنوم .

■ أنواع الأرق :

١ - أرق يعزى إلى اضطراب نفسى آخر .

٢ - أرق يعزى إلى سبب عضوى معروف .

٣ - أرق أولى (Primary Insomnias) .

وهناك تفاوت كبير في الوقت الطبيعى الذى يستغرقه أى شخص للدخول فى النوم ، كما أن هناك تفاوتاً فى كمية النوم الطبيعية اللازمة لأى شخص ليشعر بالراحة والتيقظ ، ولكن غالبية الناس يبدأون النوم خلال ثلاثين دقيقة من تهيئة السجوا المناسب للنوم والاستلقاء فى الفراش ، و يظل النوم عادة من أربع إلى عشر ساعات .

و يصاحب اضطراب الأرق شكاوى متعددة وغير محددة من بينها اضطراب الوجدان والذاكرة والتركيز .

■ بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ اضطراب الأرق عند أى سن ولكن يصبح متزايداً مع تقدم العمر ، وهذا يصدق أكثر على الأرق الذى يرجع إلى سبب عضوى ، ومسار الأرق الذى يعزى إلى اضطراب نفسى آخر يتبع مساراً يعتمد على الحالة ، أما الأرق الأولى فمساره

متفاوت فقد يكون قصيراً (برغم أن التعريف يحدد المدة على الأقل شهر) خاصة إذا كان السبب ظروف ضاغطة نفسية أو اجتماعية ، أو يظل عدة سنوات .

■ الإعاقة والمضاعفات :

في حالات نادرة من الأرق قد لا توجد إعاقة ظاهرة في الوظيفة والعلاقات الاجتماعية ، ولكن في العادة يحدث الأرق بعض الإعاقة ، ونادراً أيضاً ما يضطرب أداء الشخص لوظيفته وعلاقاته الاجتماعية .. وأهم المضاعفات هو الإدمان الناتج من تعاطي حبوب مهدئة أو كحول للدخول في النوم .

■ التشخيص الفارق :

الأرق عرض شائع لعديد من الاضطرابات العقلية والجسمانية ولكن يوضع الأرق كتشخيص إضافي فقط عندما يكون اضطراب النوم شكوى بارزة :

١- اضطراب إيقاع النوم واليقظة : الأرق في هذه الحالة يختفى إذا سمح للشخص أن ينام طبقاً لنمط نومه و يقظته .

٢- اضطراب زيادة النوم : قد يوجد الأرق ولكن الشكوى السائدة هي كثرة النوم كما في حالة النوم الانتيابي (Nacrolepsy) فإن الشخص أساساً يعاني كثرة النوم أثناء النهار برغم شكواه من فترات أرق ليلاً .

٣- بعض الناس الذين يحتاجون لنوم قليل قد يشكون من الأرق ، ولكن الأرق يشخص فقط إذا نقص النوم لدرجة ينتج عنه إجهاد أو خلل وظيفي أثناء فترة اليقظة .

(١) الأرق الذي يعزى إلى اضطراب نفسي آخر

و يتميز هذا النوع من الأرق بأن سببه اضطراب نفسي آخر يشخص على المحور الأول (مثل الاكتئاب أو القلق) أو الثاني (مثل اضطراب الشخصية الوسواسية) و يشخص هذا الاضطراب أيضاً عندما يكون الأرق ظاهرياً يرجع إلى تفاعل الشخص انفعاليا تجاه مرض عضوي يهدد حياته ، مثل الاكتئاب كتفاعل لاحتشاء عضلة القلب (Cardiac Infarction) .

■ أسباب الأرق الناشئ عن اضطراب نفسى أو ظروف بيئية :

١ - القلق (توتر أو عصاب أو كبدية ذهان) .

٢ - انقطاع النوم بالأحلام أو الكوابيس .

٣ - اختلال إيقاع النوم واليقظة .

● العلاج : يكمن فى علاج الاضطراب المسئول عن حدوث الأرق .

٢ - الأرق الذى يعزى إلى عامل عضوى معروف

وهو الأرق الناتج عن سبب عضوى معروف مثل مرض جسمى أو تعاطى عقاقير معينة (منشطة) ، ولا يشخص إذا كان الأرق راجعاً إلى التفاعل الانفعالى المصاحب لمرض عضوى وليس راجعاً للحالة المرضية العضوية نفسها .

كثير من الاضطرابات الجسمية تحدث الأرق مثل ألم المفاصل أو الذبحة الصدرية بسبب الألم الذى تحدثه ، وهذه الاضطرابات لها أعراض أثناء كل من النوم واليقظة ، ولكن هناك اضطرابات جسمية تحدث أعراضاً أثناء النوم فقط مثل انقطاع النفس أثناء النوم (Sleep Apnea) ، حيث يكون تنفس الشخص طبيعياً أثناء اليقظة ولكن خلال النوم كثيراً ما تحدث فترات توقف عن التنفس .

ويمكن أن يرتبط اضطراب الأرق بتعاطى العقاقير المنشطة مثل الأمفيتامين أو تعاطى الستيرويدات (Steroids) أو المقفلات الأدرينالية المركزية (Central adrenergic blockers) أو موسعات الشعب الهوائية ، كما أن الاضطراب قد يرتبط بإدمان الكحول .

٣ - الأرق الأولى

وهو الأرق الذى لا يعود لسبب آخر (نفسى أو عضوى) ، وعادة يبذل الشخص مجهودات مضمّنية للدخول فى النوم فيزداد توتره ويختفى النوم ، مع أنه عندما لا يحاول النوم مثل نومه أثناء مشاهدة التلفاز.. قد يحدث الأرق الأولى كمضاعفات للأرق الذى له سبب نفسى آخر أو له سبب عضوى معروف وحيثئذ يشخص بعد شهر من زوال الأرق الذى رسبه أصلاً .

● العلاج :

ينصح المريض المؤرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم فقط وإذا لم يدركه النوم خلال خمس دقائق عليه أن ينهض لعمل شيء آخر، وقد يكون تغيير مكان النوم مفيداً ، وقد تستخدم أشربة تبث على الاسترخاء أو تمارين التصوف والتأمل أو التمارين الرياضية ، كما يفيد العلاج النفسى فى فهم أسباب الأرق والعمل على حلها ، أما اعطاء عقاقير مهدئة للحصول على النوم فيحمل خطورة التعود والادمان على هذه العقاقير.

٢ - اضطرابات فرط النوم

(Hypersomnia Disorders)

وتتميز هذه الاضطرابات بزيادة النوم أثناء النهار أو نوبات من النوم (ليس سببها نقص كمية النوم) ، وفى أحيان نادرة يستغرق الانتقال من النوم إلى اليقظة وقتاً طويلاً (ثمالة النوم) (Sleep drunkenness) و يتكرر ذلك كل يوم تقريباً ولمدة شهر على الأقل ، أو يحدث فى نوبات تظل فترات طويلة من الزمن ، وتكفى شدته لحدوث خلل وظيفى أو إعاقة للأنشطة الاجتماعية المعتادة أو العلاقات بالآخرين ، وكثرة النوم لا تشخص إذا حدثت خلال مسار اضطراب إيقاع النوم واليقظة .. وكثرة النوم على أنواع ثلاثة :

١ - فرط النوم بسبب مرض نفسى آخر (غير عضوى) .

٢ - فرط النوم بسبب عضوى معروف .

٣ - فرط النوم الأولى (أى بدون سبب) .

لتشخيص اضطرابات زيادة النوم يجب توفر المواصفات الآتية :

١ - شكوى بارزة من (أ) أو (ب) .

(أ) زيادة النعوسة (Sleepiness) أو وجود نوبات من النوم خلال ساعات النهار وليست بسبب نقص كمية النوم .

(ب) استغراق وقت طويل للانتقال من النوم إلى اليقظة (ثمالة النوم) .

٢- هذه الشكوى شبه يومية على الأقل لمدة شهر، أو في نوبات لفترات طويلة وكافية لإحداث خلل في الوظيفة والأنشطة المعتادة والعلاقات بالآخرين .

٣- حدوثها ليس خلال مسار اضطراب إيقاع النوم واليقظة .

■ الإعاقة والمضاعفات :

تتفاوت الإعاقة الاجتماعية والوظيفية حسب شدة الاضطراب ، ومن مضاعفاته عدم الاحترام للذات والاكتئاب والتعرض للحوادث بسبب النوم أثناء قيادة السيارة أو إدمان المنشطات التي تعطى كعلاج والتي يصبح متحملاً (مطيقاً) لجرعات عالية منها (Tolerance) وتصبح غير مفيدة .

■ التشخيص الفارق :

١- زيادة النوم قد ترتبط بعدد من الأمراض العضوية ولكن نادراً ما يكون شكوى بارزة .

٢- زيادة النوم في مرض الاكتئاب شائعة ولكن نادراً ما تكون شكوى بارزة .

٣- في الصرع النفسي حركي : قد تختفى نوبات النوم الانتيابي خلال نوبة الصرع النفسي حركي ، ولكن خلال الصرع يلاحظ حركات وظوئية مثل تكرار البلع وحك اليدين في بعضهما .

(١) فرط النوم الناتج من اضطراب نفسي آخر (غير عضوي)

يتميز هذا النوع بزيادة النوم التي تعزى ظاهرياً لاضطراب عقلي آخر (نفسى) ، فقد توجد كثرة النوم في اضطرابات الوجدان خاصة الاكتئاب وغالباً يعزى الشخص كثرة نومه أثناء ساعات النهار للنوم غير المريح أثناء الليل .

(٢) فرط النوم لسبب عضوي معروف

وهي كثرة النوم بسبب حالة جسمانية أو تعاطى مادة مثل القنب أو العقاقير المهدئة أو مخفضات ضغط الدم المرتفع ، والحالات العضوية الناشئة عن

اضطراب مراكز النوم تصل إلى (٨٥ ٪) من حالات زيادة النوم ، منها حالات انقطاع النفس أثناء النوم وتصل إلى (٥٠ ٪) ، والنوم الانتيابي (narcolepsy) يصل إلى (٢٥ ٪) من الحالات ، ولزلة الأرجل غير المستريحة (تقلص العضلات أثناء النوم) (restless legs synd) .

و يصاحب هذا الاضطراب في حالات النوم الانتيابي نوبات من ارتخاء العضلات المفاجيء (cataplexy) وتبدأ بانفعالات قوية يمكن أن ينتج عنها السقوط ، مع نوم غير طبيعي من النوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM) في نوبات متكررة تكون مليئة بالأحلام ويفهمها الشخص على أنها هلاوس الدخول في النوم أو المصاحبة للاستيقاظ ، كما يصاحبه شلل النوم (حيث تنعدم حركة الشخص أثناء النوم أو عند استيقاظه المفاجيء) والنوم الانتيابي ليس نادراً حيث يقدر انتشاره (٤) في كل (١٠٠٠) و يزيد بين أفراد الأسرة الواحدة ، ويمثل (٢٥ ٪) من حالات زيادة النوم لسبب عضوى والنوم الانتيابي ليس نوعاً من الصرع وليس اضطراباً نفسياً ولكنه اضطراب في آليات النوم خاصة الآليات المثبطة للنوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM) ويحدث النوم الانتيابي في أى عمر ولكنه أكثر حدوثاً في المراهقة والشباب حيث يبدأ غالباً قبل عمر الثلاثين .. وهذا الاضطراب ليس اشتدادياً ولكن خطورته في حوادث السيارات أو الماكينات أثناء العمل .. و يعالج النوم الانتيابي بأخذ أقساط من النوم على فترات منتظمة أثناء ساعات النهار ، وقد يكفى ذلك دون عقاقير ، وأحياناً يلزم إعطاء عقاقير منشطة مثل (الأمفيتامين أو المثيل فينيدات) وأحياناً تعطى معها مضادات الاكتئاب .

أما من يعانون من انقطاع النفس أثناء النوم (Sleep apnea) فغالباً لديهم سمنة وعرضة لارتفاع ضغط الدم مع اختلال إيقاع القلب ، وأحياناً يصيبهم الصداع والعنة (impotence) ، و يبدأ انقطاع النفس أثناء النوم في منتصف العمر ، و يشتد مع تقدم العمر ، حيث يصابون بسرعة استثارة ودرجات متفاوتة من الخلل المعرفى مثل التشتت والتغيم ونقص الإدراك والذاكرة ، و ينذر انقطاع النفس لدى السيدات قبل سن اليأس ويمثلن الرجال بعده .

■ أسباب زيادة النوم العضوية :

- ١ — النوم الانتيابى (Narcolepsy) .
- ٢ — انقطاع النفس أثناء النوم (Sleep apnea) .
- ٣ — زيادة النوم الناشئة عن اختلال غير معروف بالجهاز العصبى المركزى (Idiopathic C.N.S Hypersomnolence) وهى نوبات من النوم أثناء ساعات اليقظة ولكنها يمكن أن تقاوم ، وهى أطول فى مدتها ولا يشعر الشخص بعدها بنشاط وتسبقها فترات من الدوخة ، والبعض يعزىها إلى خلل فى أيض الدوبامين .
- ٤ — لزمة كلين — لفين (Kleine-levin synd) وهى نادرة تحدث فيها فترات من النوم متكررة وطويلة ، مع عزلة عن الناس أثناء اليقظة وتبدل مشاعر وسرعة استشارة وتغيم وعى وفقد التثبيطات الجنسية ، مع ضلالات وهلاوس واضطراب الاهتداء وخلل الذاكرة ، وعدم اتساق الحديث و يصاحبها زيادة الشهية للطعام ، وهو اضطراب متراجع ذاتياً .
- ٥ — اللزمة المصاحبة لنزول الحيض (Menstrual-Associated Synd) حيث تكون زيادة النوم الملحوظة قبل بدء نزول الحيض مباشرة ، وتشبه لزمة كلين — لفين إلى حد كبير ، ويعزى سببها إلى اختلال هرمونى .
- ٦ — ثمالة النوم (Sleep Drunkenness) وهى شكل شاذ من الاستيقاظ الذى فيه تطول فترة وضوح الوعى والتركيز .

(٣) فرط النوم الأولى

و يتميز هذا الاضطراب بزيادة النوم الثابتة التى لا تعزى ظاهرياً لسبب نفسى آخر أو لسبب عضوى معروف ، فى بعض الحالات قد يكون فرط النوم رد فعل للنوم غير المريح الذى لا يعرف له سبب ، وفى بعضها الآخر قد يكون استجابة لظروف ضاغطة أو نمط من التكيف الذى يميزه نقص الإحساس بهدف للحياة .

٣ - اضطراب إيقاع اليقظة والنوم (Sleep-Wake Schedule Disorder)

أغلب الوظائف البيولوجية تتبع إيقاع منتظم خلال الفترة التي تستغرقها الأرض في الدوران حول نفسها وهي فترة اليوم وما فيه من ليل ونهار (أى فترة ٢٤ ساعة) وهو ما يطلق عليه الإيقاع البيولوجى اليومى ، ويحدث ذلك حتى لو عاش الناس فى أجواء أزيلت منها كل مؤشرات الوقت من اليوم . واضطراب إيقاع اليقظة والنوم يحدث فيه تناقض بين النظام اللازم لبيئة الشخص وبين إيقاع نوم الشخص اليومى ، و يتبع هذا شكوى إما من الأرق أو فرط النوم .

يختلف إيقاع اليقظة والنوم بصورة عابرة عندما يغير الناس مواطن إقامة يختلف فيها التوقيت اليومى بسرعة (من خلال السفر بالطائرة) (Jet Lag Syndrome) ولتشخيص اضطراب إيقاع اليقظة والنوم يجب أن يكون الأرق أو فرط النوم شديداً ليصل للصورة المرضية لكل منهما (الأرق وفرط النوم) و يوجد ثلاثة أنواع من اضطراب اليقظة والنوم هي :

١ - النوع كثير التغير (Frequently changing Type) .

٢ - النوع المتقدم أو المتأخر (Advanced or Delayed type) .

٣ - النوع غير المنتظم (Disorganized) .

و يتميز النوع كثير التغير بأن اضطراب نظام النوم واليقظة راجع ظاهرياً إلى تغيير وقت النوم كثيراً ، و يرتبط غالباً بكثرة السفر والطيران من مناطق يختلف فيها التوقيت ، أو تغير مواعيد العمل من خلال العمل فى ورديات مختلفة ، حيث يحاول الشخص فى أيام العطلات استعادة نظام نومه العادى دون جدوى . و يلاحظ لأسباب غير معروفة تفاوت الناس فى قدرتهم على تحمل التغير المتكرر فى نظام النوم واليقظة ، فبعض الناس يعملون فى نظام ورديات عمل متغيرة عدة سنوات دون متاعب ، وبصفة عامة يعانى كبار السن من صعوبات فى التكيف مع التغيرات المتكررة لنظام النوم واليقظة وبعض الناس يحاولون الاستيقاظ خلال وردية العمل الجديدة بالإسراف فى شرب القهوة أو إجبار أنفسهم على النوم فى ساعات الراحة الجديدة بالمهدئات .

أما النوع المتقدم (أو المتأخر) فيتميز بأن بداية النوم ونهايته إما متقدمة بطريقة واضحة (أو متأخرة) بالنسبة لما يرغبه الشخص من النظام التقليدي لمجتمع معين . ففي النوع الذي يتقدم فيه نظام النوم واليقظة يأوى الشخص إلى فراشه مبكراً جداً رغماً عنه ويستيقظ من نومه في الثالثة صباحاً أو قبلها ، أما في النوع الذي يتأخر نظام النوم واليقظة فيجد الشخص صعوبة شديدة في استيقاظه لمباشرة مهامه الصباحية ، وغالباً يذهب لنومه في الثالثة صباحاً ويستيقظ في الحادية عشرة قبل الظهر ، ويلاحظ كثيراً لدى الشباب ذوو النظام المرن في العمل والارتباطات الاجتماعية (مثل الطلاب وغير الموظفين) ، و يكثر لدى محبي السهر (ولاد الليل) (Night people) الذين يزداد احساسهم باليقظة أثناء الليل ؛ وهذا بخلاف النوع المتقدم الذي يكثر في كبار السن وفيه يقظة مبكرة يجب تمييزها من أرق الصباح الباكر في حالات الاكتئاب .

أما النوع غير المنتظم فيتميز بالعشوائية حيث لا توجد فترة عظمى للنوم ، ويلاحظ لدى غير الملتزمين بنظام نوم معين وبعضهم قد يكونون كبار السن أو طريحى الفراش لمرض يتخطفون أوقاتاً قصيرة من النوم أثناء النهار ، ولا يشخص لأولئك القلائل الذين لهم حاجة تكوينية لنوم قليل ، ولا يشخص أيضاً لمن لا يسبب لهم معاناة خلال ساعات اليقظة .

و يصاحب اضطراب إيقاع النوم واليقظة الشعور بالكدر والكسل والوهن ونقص الطاقة .. ومسار الاضطراب متغير ، والإعاقة في صورة خلل متفاوت في العمل والعلاقات الاجتماعية ، ومن مضاعفاته عدم التركيز والحوادث والاضطرابات الجسمية مثل قرحة المعدة .

في تشخيص اضطراب إيقاع النوم واليقظة يحدد :

١ - النوم المتقدم أو المتأخر طبقاً لبداية النوم ونهايته (إما متقدم أو متأخر) ، ودون تداخل عقاقير أو ظروف بيئية بالنسبة لما يرغبه الشخص (من النمط المعتاد في النوم واليقظة في بيئته) .

٢ - النوم غير المنتظم بسبب وقت النوم غير المنتظم المتفاوت وغياب فترة عظمى للنوم .

٣- النوع الكثير التغير: تغير متكرر في نظام النوم واليقظة مثل السفر إلى مناطق مختلفة التوقيت أو العمل في ورديات مختلفة .

٤- اضطرابات النوم التي لا يمكن تصنيفها في أى مما سبق (Dyssomnias not otherwise specified)

وتتميز بالأرق أو فرط النوم الذي لا يمكن تصنيفه في أى من المجموعات السابقة .

ثانياً : اضطرابات المخلات بالنوم (Parasomnias)

وتتميز بوجود حدث غير طبيعي يقع أثناء النوم أو عند العتبة بين اليقظة والنوم، وتتركز الشكوى السائدة على الحدث، وتشمل:

١- اضطراب الكوابيس الليلية (night mare disorder) .

٢- اضطراب الفزعاء أثناء النوم (Sleep terror disorder) .

٣- اضطراب المشي أثناء النوم (Sleep walking disorder) .

٤- اضطرابات مخلة بالنوم غير مصنفة في أى مما سبق

(Parasomnias not otherwise specifed)

١- اضطراب الكوابيس الليلية

(Dream anxiety Disorder) (night mare disorder)

و يتميز باستيقاظ متكرر من النوم مع استدعاء تفاصيل حلم مخيف ، وهذه الأحلام يعيشها الشخص أثناء النوم وتشمل تهديداً لحياته أو لشعوره بالأمان أو احترامه لذاته ، وخبرة معايشة الحلم أو اضطراب استمرارية النوم الناشئ عنها تسبب ازعاجاً شديداً للشخص ، وهذا الحلم الذي يعد باعثاً على القلق غالباً يتزايد مع وجود ضغوط نفسية وإلى حد أقل مع الإجهاد الجسماني ونادراً ما يحدث مع تغير ظروف النوم ، ولا يشخص هذا الاضطراب إذا بدأ أو استمر تحت تأثير عامل عضوى أو كيميائى مثل عقار معين .

عادة تحدث نوبات الحلم المفزع خلال فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM) ، ولكنها أحياناً قد تحدث في أى وقت ليلاً وتزداد قرب نهاية النوم مع زيادة هذا النوع من النوم ، وخلال الحلم المفزع يوجد فورة في الجهاز العصبي المستقل ، ونادراً ما تلاحظ حركات الجسم خلال النوبة لأن النوم المصحوب بحركة العين السريعة يرتبط بفقد قدرة العضلات وتثبيط حركة الجسم .. وعند الاستيقاظ من الحلم المخيف سرعان ما يصبح الشخص مهتدياً (Oriented) و يقظاً ويمكنه إعطاء تفاصيل عن الحلم سواء مباشرة أو في الصباح ، وكثيراً ما يجد صعوبة في العودة إلى النوم .

ولوحظ أنه لا يوجد سيكوباتولوجى ثابت لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، بالمقارنة بالبالغين المصابين بهذا الاضطراب الذين يظهرون سيكوباتولوجى شديد في بعض الحالات ، وأشارت بعض الدراسات أن الاضطراب مرتبط بقدرة فنية ، وأشارت دراسات أخرى إلى سمات شخصية من عدم الثقة والاعتراب وزيادة الحساسية أو أنماط من الشخصية الشبه فصامية أو الحدية .

■ بدء الاضطراب ومساره :

في أكثر من نصف الحالات يبدأ قبل سن عشر سنوات ، وفي ثلث الحالات يبدأ قبل سن العشرين ، و يبدو أن ظروفاً ضاغطة تسبق بدء الاضطراب في حوالي (٦٠ %) من الحالات . ومعدل النوبات متفاوت للفرد الواحد وللأفراد المختلفين ، وأحياناً تتكرر الأحلام المفزعة ثلاث مرات أسبوعياً ، وكثيراً ما يختفى تلقائياً لدى الأطفال ، أما البالغين فإنه يظل لديهم عشرات السنين .. ولا يحدث الاضطراب إعاقه شديدة أثناء ساعات اليقظة . وينتشر اضطراب الكوابيس الليلية في (٥ %) من عامة الناس ، و يكثر انتشاره بين النساء .

التشخيص الفارق :

لا يشخص اضطراب الكوابيس الليلية في حالة عامل عضوى معروف مثل تعاطى عقاقير معينة (الرزربين والبنزوديازبين ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات والثيوريدازين) ، حيث لوحظ أنها تسبب أحلاماً مزعجة ، كما أن

السحب المفاجيء لمشبطات النوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM) مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات يزيد من هذا النوع من النوم كرد فعل ، ويزداد احتمال حدوث الأحلام المزعجة ، إذا كان السبب أى من هذه العوامل العضوية يشخص الاضطراب على أنه اضطراب مغل بالنوم غير مصنف فى مكان آخر.

● العلاج :

نفسى لفهم الديناميات اللاشعورية الناشء عنها الحلم المزعج ، لأنه قد يكون عقاب للنفس .

٢ - اضطراب الفزع أثناء النوم (Sleep Terror Disorder)

وهو اضطراب يتكرر فيه نوبات من الاستيقاظ المفاجيء من النوم ، عادة البداية بصرخة هلع ، تحدث عادة فى الثلث الأول من النوم خلال فترة النوم العظمى ، وأثناء النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة (N.R.E.M.S) الذى يكثرفيه نشاط الموجات البطيئة (Delta) فى تخطيط الدماغ الكهربائى ، وهى المراحل (٣ ، ٤) وتظل الحالة من دقيقة إلى عشر دقائق .

ويجلس الشخص عادة فى فراشه مفزوعاً وعلامات الخوف بادية عليه فى صورة اتساع فتحة إنسان العين والعرق الغزير ووقوف الشعور وسرعة التنفس وسرعة النبض ، ولا يستجيب الشخص لمحاولات التهدئة ، حتى يقل الفوارن الداخلى وتغيم الوعى ، وقد يذكر الشخص بقايا حلم قبل اليقظة ، ونادراً ما يكون الحلم حياً وكاملاً ، ولكن المعتاد أن يتم نسيان النوبة كاملة فى الصباح ، وتكثر النوبات إذا كان الشخص مجهداً أو يعانى ضغطاً حالية .

ولوحظ أن النوبة الشديدة تسبق ببطء إيقاع تخطيط الدماغ الكهربائى فى صورة زيادة ارتفاع موجات دلتا أكثر من المعتاد ، مع بطء التنفس وإيقاع القلب ،

و يصاحب بدء النوبة بسرعة إيقاع القلب وكذلك تخطيط الدماغ الكهربائي بما يشبه حالة اليقظة .

وحدوث هذا الاضطراب في الأطفال لا يصاحبه سيكوباتولوجي ثابت ، ولكن حدوثه للبالغين يصاحب بأعراض أخرى لاضطراب نفسى مثل القلق العام .

■ بدء الاضطراب ومساره :

يبدأ الاضطراب عادة في الطفولة (٤ - ١٢ سنة) ، و يصيب الكبار أيضاً في العشرينيات أو الثلاثينيات ، ونادراً ما يبدأ بعد سن الأربعين .. و يتفاوت المسار كثيراً في تكرار النوبات لدى الأفراد ، فقد تحدث النوبة في ليال متتالية وقد تتكرر على فترات أيام أو أسابيع ، وفي حالات الأطفال يختفى تلقائياً عند بلوغهم مرحلة المراهقة ، أما عندما يبدأ الاضطراب في الراشدين فإنه يصبح مزماً ومن مضاعفاته إمكانية حدوث إصابة أثناء النوبة بسبب الفزع الشديد وتغيم الوعي .

■ انتشار الفزع أثناء النوم :

تقرر نسبة (من ١ إلى ٤ %) أنهم أصيبوا بالاضطراب في وقت ما من حياتهم ، وانتشاره أكثر بين الأطفال ، وخاصة الذكور .. وله نمط أسرى من الانتشار حيث يزداد بين الأقارب من الدرجة الأولى عنه بين عامة الناس .

■ التشخيص الفارق :

١ - اضطراب الكوابيس الليلية .

٢ - هلاوس الدخول في النوم : تصاحب بقلق ولكنها عند بدء النوم ، وتكون من خيالات حية عند الانتقال من اليقظة للنوم .

٣ - نوبات الصرع : قد تقع أثناء النوم مع تغيم وعى بعد النوبات وقد تمثل شبيهة باضطراب الفزع أثناء النوم ، وحينئذ يلزم التفرقة بواسطة تخطيط الدماغ الكهربائي .

● العلاج:

في حالة الأطفال تهدىء الأم طفلها دون خوف ولا يلزم إلا في حالة سيكوباتولوجى آخر، أما في البالغين فيكون العلاج نفسى لفهم ظروف الشخص النفسية والاجتماعية ومساعدته على التكيف الداخلى ، ونادراً ما يلزم اعطاء عقار مثل الفلورازيبام بجرعات قليلة .

٣- اضطراب المشى أثناء النوم

(Sleep walking disorder)

وأهم ملاحظه هو تكرار نوبات من سلوكيات متتابعة تصل إلى ترك الفراش والمشى متجولاً دون وعى الشخص بالنوبة أو تذكرها ، وتحدث النوبة عادة خلال الثلث الأول من النوم (أى أثناء النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة) والذي يشمل موجات دلتا في تخطيط الدماغ الكهربائى ، خلال المراحل ٣ ، ٣ من هذا النوع من النوم ، وقد تظل النوبة من دقائق قليلة إلى نصف ساعة .

وخلال النوبة النمطية يجلس الشخص و يقوم بحركات وظوبية مثل مسك الغطاء وبعدها يقوم بأفعال حركية شبه هادفة بالإضافة إلى المشى وقد تشمل اللبس وفتح الباب ودخول الحمام ، وأحياناً تنتهى النوبة قبل المشى .. وخلال النوبة يكون وجه الشخص شاحباً عملياً ونسيباً غير مستجيب لمجهودات الآخرين للتأثير على المشى أثناء النوم أو التواصل معه ، ويمكن إيقاظه بصعوبة ، وخلال المشى أثناء النوم يكون التحكم الحركى ضعيفاً ، ولكن الشخص قد يكون قادراً على رؤية الأشياء والدوران حولها ، ومن قبيل الخرافة ما يشاع أن الشخص يكون فى مأمن أثناء سيره وهونائم ، حيث أنه كثيراً ما يسقط و يصطدم بالأشياء وقد يصاب .

وقد ينتهى سلوك المشى تلقائياً ، وعندما يستيقظ الشخص يكون غير مدرك للبيئة من حوله (Disoriented) لعدة دقائق ، وقد يعود إلى فراشه دون الوصول إلى حالة الوعي ، وقد يستلقى فى مكان آخر ليواصل نومه حتى الصباح ، و يندهش عندما يجد نفسه فى الصباح نائماً فى مكان آخر.. ولا يذكر الشخص شيئاً عند

استيقاظه (سواء تم أثناء النوبة أو في الصباح) عن ما حدث أثناء النوبة ، وقد يذكريقايأ حلم غير كامل متتابع الأحداث .

و يكشف تخطيط الدماغ أثناء النوم عن ظهور موجات بطيئة متزايدة في الشدة في المرحلة الرابعة من النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة تسبق النوبة مباشرة ، ولكن بمجرد أن يبدأ الشخص سيره أثناء النوم يظهر حليط من الموجات المميزة لكل مراحل النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة وضعف فرق الجهد .

قد يصاحب المشي أثناء النوم بالكلام (Somniloquy) (١) الذي يكثر كاضطراب منفصل في الأطفال والكبار ويحدث في كل مراحل النوم .

■ بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ الاضطراب في الطفولة المتأخرة (٦ - ١٢ سنة) ، و يظل لعدة سنوات سواء حدث يومياً ، أو على فترات متباعدة ، وغالبية الأطفال والمراهقين المصابين بهذا الاضطراب تختفي أعراضهم في العشرينيات ، ولكن عندما يبدأ الاضطراب في سن الرشد يميل لأن يصبح مزمناً ، ومن أهم مضاعفاته الإصابة أثناء النوبة ، والإعاقة تكون في تجنب الشخص للنوم بالمعسكرات أو عند الأصدقاء حتى لا يكتشف الاضطراب بواسطة الآخرين .

■ انتشاره :

لوحظ أن (١٥ ٪) من الأطفال مروا بخبرة نوبات متباعدة من المشي أثناء النوم ، ويقرر حوالي (٦ ٪) أن المشي أثناء النوم أصابهم في فترة من حياتهم ، ولكن الاضطراب نادراً بين البالغين و يكثر انتشاره بين الذكور عنه بين الإناث ، وله نمط أسرى حيث يكثر بين الأقارب من الدرجة الأولى عنه بين عام الناس .

(١) عادة يكون الكلام أثناء النوم كلمات قليلة لا يمكن تمييزها ، وأحياناً تكون نوبات طويلة من الكلام عن حياة الشخص ، وليس له علاقة بالأحلام ولا يكشف عن أسرار عميقة ، وأحياناً يصاحب اضطراب الفزع أثناء النوم والكلام أثناء النوم وحده لا يتسدى علاجاً .

■ التشخيص الفارق :

١- نوبات الصرع النفسى حركى (Psychomotor epilepsy) ولكن فى الصرع لا يستجيب الشخص للمثيرات البيئية وتكون الحركات وظوئية مثل البلع والسحك باليدين ، وتظهر النوبات أثناء اليقظة وفى تخطيط الدماغ الكهربائى يوجد ما يميزها ، ولكن وجود صرع نفسى حركى لا ينفى وجود اضطراب المشى أثناء النوم .

٢- الشراء النفسى : يحدث عندما يكون الشخص مستيقظاً و يظل ساعات أو أيام ولا يضطرب الوعى فيه وعادة يرتبط بوجود سيكوباثولوجى شديد و يندر حدوثه للأطفال .

٣- ثمالة النوم (Sleep drunkenness) وهو الانتقال الطويل من النوم إلى حالة اليقظة ، وقد يشبه المشى أثناء النوم إلا أنه يحدث فى نهاية النوم خلال عملية الاستيقاظ وغالباً يرتبط بسلوك عدوانى .

علاج المشى أثناء النوم :

لا يلزم علاج هذا الاضطراب لدى الأطفال ولكن يؤمن عدم إصابتهم وللبالغين علاج نفسى ، وأحياناً يعطى عقار الفلورازيبام .

٤- الاضطراب المخل بالنوم غير المصنف فى مكان آخر (Parasomnia not otherwise specified)

وهى اضطرابات تخل بالنوم ولا يمكن تصنيفها فى أى من المجموعات الأخرى المذكورة السابقة مثل :

١- كوابيس ليلية حدثت نتيجة لتعاطى عقار .

٢- نوبات صرعية تحدث أثناء النوم : التى قد ترتبط بالنوم فقط لدرجة أن يطلق عليها صرع النوم (Sleep epilepsy) .

٣- احتكاك الأسنان أثناء النوم (Sleep-Related Bruxism) فيما يشبه عملية طحن الطعام ، تحدث خلال المرحلة (٢) من النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة ، ويقرر أطباء الأسنان أن (٥ - ١٠ %) من الناس يعانون احتكاك أسنانهم بشدة لدرجة تلف الأسنان ، ولا يشعربها النائم ولكن قد يشعر بألم في الفك عندما يستيقظ ، أو يشكو من ذلك من يشاركه النوم في فراشه أو حجرته .

٤- تقلص العضلات أثناء النوم (Sleep-Related Myoclonus) خاصة في الرجل لدرجة أطلق عليها لزمة الرجل غير المستريحة .. وتعالج هذه الحالات بتمرينات رياضية مع عقار الكلونازيبام (ريفوتريل) .

٥- أرجحة الرأس أثناء النوم : (Sleep-Related Head Banging) حيث يحرك الشخص رأسه بعنف إيقاعياً يميناً ويساراً قبل النوم مباشرة أو أثناءه خاصة في النوم الخفيف .

٦- الشلل أثناء النوم (Familial Sleep paralysis) عدم القدرة المفاجئة على الإتيان بحركة إرادية بمجرد بدء النوم أو عند الاستيقاظ .

٧- الصداع النصفى المرتبط بالنوم : و يرتبط خاصة بالنوم المصحوب بحركة العين السريعة .

٨- لزمة البلع غير الطبيعي أثناء النوم : حيث يستنشق اللعاب وتنتابه الكحة .

٩- الأزمة الربوية المرتبطة بالنوم .

١٠- أعراض اضطراب القلب المرتبطة بالنوم .

١١- تكسر كرات الدم الحمراء أثناء النوم مما ينتج عنها دم في البول في الصباح . (Sleep Related Haemolysis) .



الفصل الحادى عشر

■ مقدمة :

سيدة فى الأربعين من عمرها ، متزوجة ، أجريت لها عدة عمليات جراحية دون داعى إلا شكواها المستمرة من الألم ، وتعدد دخولها المستشفيات لاجراء التحاليل أو العلاج ولكن الازعاج الذى سببته فى إحدى المستشفيات مع الفريق العلاجى جعلهم يعرضونها على الطبيب النفسى الذى لاحظ دراميتها ومبالغتها فى عرض شكواها مع شعورها بعدم السعادة فى حياتها الزوجية .

هذا مثال لحالة اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافاً تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

الاضطرابات المستحدثة (Factitious Disorders)

وهي اضطرابات غير حقيقية تتميز بأعراض جسمانية أو نفسية يستحدثها الشخص عن قصد.. فالعرض استحدث عن قصد مبنى جزئياً على قدرة الشخص على محاكاة المرض بمثل هذه الطريقة وأنه لن يكتشف ، ولذا فإنه يراعى التوقيت والتخفى الذى يلزم له درجة من الحكم على الأمور ونشاط ذكائى يوحى بسيطرة إرادية ، إلا أن هذه الأفعال لها سمة قهرية (بمعنى أن الشخص غير قادر على الامتناع عن سلوك خاص) حتى مع معرفته بأخطاره ولكن يجب الأخذ فى الاعتبار أن السلوكيات إرادية (بمعنى أن الشخص حريص وهادف لاستحداث الأعراض) ، وهكذا يكون السلوك المرضى تحت سيطرة إرادية تستخدم للوصول إلى الأهداف التى تم تبنيها لإرادياً.. والحكم أن السلوك المرضى مستحدث عن قصد يتم بواسطة استبعاد كل الأسباب الأخرى الممكنة للسلوك.. كما أن وجود أعراض جسمانية أو نفسية مستحدثة لا ينفى وجود أعراض حقيقية مصاحبة نفسية أو جسمانية.

وتتميز حالة الادعاء (التمارض) عن الاضطرابات المستحدثة فى أن الهدف واضح ومعروف ضمن الظروف المحيطة (مثل إدعاء المرض الجسمانى لتجنب واجب الخدمة العسكرية) ، بخلاف الاضطرابات المستحدثة التى يكون فيها حاجة نفسية لأخذ الدور المرضى وغياب هدف واضح ضمن الظروف الخارجية.

■ أنواعها:

- ١ - اضطراب الأعراض الجسمانية المستحدثة .
- ٢ - اضطراب الأعراض النفسية المستحدثة .
- ٣ - الاضطرابات المستحدثة غير المصنفة فى مكان آخر.

١ - اضطراب الأعراض الجسمية المستحثة (Factitious Disorder with physical Symptoms)

و يتميز باستحداث أعراض جسمية عن قصد ، مثل الشكوى من ألم حاد بالبطن دون وجود لهذا الألم ، أو إيذاء النفس باستحداث خرايج في الجسم بواسطة حقن اللعاب تحت الجلد .. ومن هذا الاضطراب تمت دراسة لزمة مونشواسن (Munchausen's Synd) وهي اضطراب مزمن يرتبط بمثل الشخص بأعراض جسمية و يتعدد دخوله المستشفى لدرجة أن الشخص يقضى حياته إما في المستشفى أو محاولاً دخولها ، ومن الصور الشائعة سريراً ألم شديد في المنطقة السفلى اليمنى من البطن مصاحب بغثيان وقيء ودوخة ، أو خرايج وحميات أو نزف نتيجة تعاطي مضادات التجلط ، وتعد كل الأجهزة العضوية هدفاً مبدئياً لاستحداث الأعراض التي تمثل محدودة بمعلومات الشخص الطبية وفلسفته وتخيلاته .

والمصابون بهذا الاضطراب عادة يمثلون بتاريخ درامى ولكنه مفرط في الغموض وغير متسق عند الاستفسار عن تفاصيل أكثر، وقد يتورط في كذب مرضى غير محكم بطريقة تجذب انتباه المستمع حول أى جزء من تاريخه أو أعراضه (Pseudologia Fantastica) وهم غالباً لديهم معلومات موسعة من المصطلحات الطبية ونظم المستشفيات ، وبمجرد دخولهم إلى المستشفى يخلقون إزعاجاً لجذب انتباه الفريق العلاجى بالمستشفى ، وعدم التكيف مع نظمها ، وتكثر شكواهم من الألم وطلب المسكنات ، وبعد جهد طبي يبرهن على عدم وجود مرض يبرر الشكوى الرئيسية ، فإنهم عادة يشكون من مشاكل أخرى جسمية ، ويستحدثون أعراضاً أخرى زائفة .. وهم أيضاً شغوفون بمكابدة عديد من الفحوصات المؤلمة والعمليات الجراحية .. وعندما يواجهون برهان على زيف أغراضهم فإنهم إما أن ينكروا الادعاءات أو سرعان ما يتحولون للوقوف ضد النصيح الطبي ، وسوف يسعون لدخول مستشفى آخر في نفس اليوم ، وقد يسافرون لذلك من بلد لآخر .

و يبدأ الاضطراب غالباً في بداية الرشد مع دخول مستشفى بمرض جسمي حقيقي ، وفي المسار المزمن من هذا الاضطراب يصبح نمط دخول المستشفيات أسلوب حياة الشخص ، و يترتب على ذلك فشل الشخص في وظيفته وعلاقاته الاجتماعية والأسرية .. ومن أهم مضاعفاته إجراء عمليات جراحية بدون مبرر وتعاطي عقاقير قد تصل بهم لدرجة الإدمان .

واضطراب الأعراض الجسمية المستحدثة شائع ولكنه نادراً ما يكتشف ، ويرى البعض أنه نادر ولكن المزمين من المرضى يترددون كثيراً على المستشفيات بأسماء مختلفة ، وانتشاره لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث .

■ أسباب اضطراب الأعراض الجسمية المستحدثة :

- ١ - مرض حقيقي خلال الطفولة أو المراهقة استوجب علاجاً ودخول مستشفى .
- ٢ - العمل في مهنة قريبة من الممارسة الطبية (مثل ممرضة أو فني تحاليل طبية) .
- ٣ - وجود سمات اعتمادية مدمرة للنفس .
- ٤ - علاقة مؤثرة بطبيب في الماضي ، بأن كان أحد أفراد الأسرة طبيباً أو إغراء بواسطة طبيب خلال الطفولة أو المراهقة .

■ التشخيص الفارق :

- ١ - مرض جسمي حقيقي .
- ٢ - الاضطرابات جسمية الشكل : وهي شكاوى جسمية ليس سببها مرض جسدي حقيقي ولكن الأعراض لا تستحدث عن قصد .
- ٣ - التمارض (ادعاء المرض) (Malingering) : حيث يكون للشخص هدف واضح من دخوله المستشفى و يوقف الأعراض عندما لا تصبح مجدية بالنسبة له .
- ٤ - اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع : وفيه تقل العلاقات الحميمة

بالآخرين ، وأحياناً يرتبط بالإدمان والنشاط الإجرامى ، ويبدأ الاضطراب مبكراً، ونادراً ما يتكرر دخوله المستشفى كنمط لحياته .
٥ - الفصام : توجد فيه الأعراض الذهانية التى تميز الفصام .

٢ - اضطراب الأعراض النفسية المستحدثة

(Factitious Disorder with psychological Symptoms)

يتميز بالاستحداث المقصود أو التظاهر لأعراض نفسية (غالباً أعراض ذهانية) تشير إلى مرض عقلى (نفسى) ، وهدف المريض هو اتخاذ دور المريض ولا يفهم غير ذلك من ظروف المريض البيئية (فليس هناك هدف واضح كما فى التمارض) .. والأعراض معقدة وتزداد عندما يشعر الشخص أنه ملاحظاً من آخرين ، مثل هذا الشخص قد يدعى الاكثاب وأفكار انتحارية ، أو يدعى فقد ذاكرة (للأحداث القريبة والبعيدة) ، أو هلاوس (سمعية وبصرية) ، أو أعراض انشقاقية وتحويلية ، وقد يكون سلبياً وغير متعاون عند الفحص بواسطة الطبيب النفسى ، والأعراض التى يظهرها تمثل مفهومه عن المرض النفسى ولا تتفق مع أى مرض نفسى .

و يصاحب الأعراض النفسية المستحدثة عرض إعطاء إجابات تقريبية (١) (Vorbeireden) أو الإجابة عن شىء آخر .. وكثيراً ما يطرأ الاضطراب على شخصية مضطربة ، وقد يستخدم الشخص عقاير ذات مفعول نفسى سراً بغرض إحداث أعراض تشير إلى اضطراب نفسى غير عضوى (مثل الأمفيتامين لإحداث أرق والس اس دى لإحداث هلوسة) .. والاضطراب أكثر لدى الذكور الذين لديهم اضطراب شخصية والمسار محدود بنوبة أو اثنتان وقد يصبح مزمناً ، ويفقد الشخص وظيفته وعلاقاته الاجتماعية ، ويتعدد دخوله المستشفى .

(١) لزمة جانسر (Ganser's Syndrome) .

■ التشخيص الفارق :

يصعب تمييز اضطراب الأعراض المستحدثة نفسياً من الاضطرابات النفسية ولكن الاختبارات الاسقاطية أو بندر جشطلت قد يكون مساعداً .

- ١ - الخرف (Dementia) : له سبب عضوى واضح أو باثوفسيولوجى .
- ٢ - ذهان حقيقى (كما فى حالات التفاعل الذهانى المحدود أو الفصام) .
- ٣ - التمارض (ادعاء المرض) : له هدف يلاحظ من ظروفه المحيطة وتختفى الأعراض بعد الوصول للهدف أو كشف الهدف .

٣ - الاضطرابات المستحدثة غير المصنفة فى مكان آخر

(Factitious Disorder Not Otherwise Specified)

الذى لا يمكن تصنيفه فى أى من المجموعات السابقة مثل الذى يجمع بين الأعراض الجسمانية والنفسية .

● العلاج فى حالات الاضطرابات المستحدثة :

ليس هناك علاج طبى نفسى معين فى هذه الحالات والعلاج أساساً يتركز فى اكتشاف التشخيص السليم لهذه الحالات على أنها أعراض استحدثت قصداً .



الفصل الثانى عشر

■ مقدمة :

١ - سيدة فى السادسة والثلاثين من عمرها ميسورة الحال ، تشكو أنها تسرق أشياء من المحلات أو من عند صديقاتها دون حاجة إليها ، ولكنها تشعر برغبة شديدة فى السرقة مع توتر ، وعند اقتراف السرقة تشعر بالارتياح ، ثم تشعر بالذنب بعد ذلك وأحياناً تعيد المسروقات دون معرفة صاحبها .

٢ - طفلة فى الحادية عشرة من عمرها متخلفة عقلياً ، أحضرتها أمها بشكوى أنها تخلع شعرها وتضعه فى فمها ، ومن خلال فحصها لوحظت مظاهر التخلف العقلى مع وجود مناطق فى رأسها خالية من الشعر .

هذان مثالان لحالتين اكلينيكيتين سوف تعرض لهما فى هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتهما أن تضع أهدافاً تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

اضطرابات التحكم في النزعة غير المصنفة في مكان آخر (Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified)

وهى مجموعة متبقية من الاضطرابات الخاصة بالتحكم في النزعات وغير المصنفة في مكان آخر، وتتميز بما يلي :

- ١ — الفشل في مقاومة النزعة أو اغراء القيام بفعل ما مؤذى لأشخاص آخرين أو لشخص آخر، وقد يوجد مقاومة شعورية للنزعة (أو لا يوجد) .
- ٢ — زيادة الشعور بالتوتر أو الإثارة قبل القيام بالفعل .
- ٣ — الشعور بالسرور أو الإشباع أو الراحة في وقت تنفيذ الفعل ، والفعل متوافق مع الذات (ego-syntonic) .
- ٤ — قد يشعر بعد الفعل بالذنب و يلوم نفسه وقد لا يحدث ذلك .

وتشمل هذه المجموعة الاضطرابات الآتية :

- ١ — الاضطراب الانفجاري المتقطع (Intermittent Explosive Disorder)
- ٢ — هوس السرقة (Kleptomania) .
- ٣ — المقامرة المرضية (Pathological Gambling) .
- ٤ — هوس اشعال الحرائق (Pyromania) .
- ٥ — هوس خلع الشعر (Trichotillomania) .

١ — الاضطراب الانفجاري المتقطع

(Intermittent Explosive Disorder)

ويميزه نوبات متناثرة من فقد السيطرة على النزعات العدوانية يترتب عليها حماقات اعتدائية خطيرة ضد الأشخاص أو الممتلكات ، ولا تتناسب درجة العدوانية مع الضغوط النفسية أو الاجتماعية المرسبة ، وبين النوبات لا توجد علامات عدوان أو اندفاع .. و يصف الشخص النوبات بأنها تظهر خلال دقائق أو ساعات ، ثم يلوم نفسه عقب النوبة على نتائج الفعل وعدم السيطرة على نزعاته العدوانية .

قبل تشخيص هذا الاضطراب يجب استبعاد الاضطرابات الذهانية واضطراب الشخصية العنصرية والمضادة للمجتمع والحدية واضطراب السلوك والانسمام بمادة ، وهى الاضطرابات التى ترتبط بفقد السيطرة على النزعات العدوانية .

ويبدأ الاضطراب الانفجاري المتقطع فى أى سن ولكن غالباً فى العقد الثانى أو الثالث من العمر، وتختل العلاقات الاجتماعية بسبب السلوك العدوانى غير المتوقع .. وهونادر الانتشار وإن كان يزداد لدى الذكور عنه بين الإناث .

• العلاج :

يستخدم فى علاج حالات الاضطراب الانفجاري المتقطع عقاقير الفينوثيازين وأحياناً مضادات الاكتئاب أو مضادات الصرع أو الليثيوم ، مع علاج نفسى فردى أو جماعى ، وإن كان العلاج الفردى قد يكون صعباً وخطيراً وغير مجدى فى الغالب ، والعلاج الأسرى مفيد عندما يكون مرافقاً .

٢ - هوس السرقة

(Kleptomania)

ويتميز بفتل الشخص فى مقاومة نزعات السرقة لأشياء ليست لازمة للاستخدام الشخصى وليس فى حاجة لقيمتها ، والأشياء التى سرقت ترمى أو تهمل أو تعاد إلى المكان الذى سرقت منه أو تحفى أو تحفظ ، وغالباً يكون الشخص ثرياً ويستطيع شراء الأشياء التى يسرقها ، ويخبر الشخص شعوراً بالتوتر قبل ارتكاب السرقة مباشرة ويشعر بالإشباع أو الراحة أثناء ارتكاب السرقة ، وهذا النوع من السرقة ليس مخططاً له ولا تؤخذ التوقعات فى الحسبان ، وتتم دون مساعدة من آخرين ، وليس له علاقة بالغضب ، ولا يشخص هذا الاضطراب إذا كان سبب السرقة هو اضطراب السلوك أو الشخصية المضادة للمجتمع .

ويصاحب هوس السرقة بأعراض اكتئاب وقلق وشعور بالذنب ، وتوجد غالباً علامات اضطراب شخصية .. ويبدأ الاضطراب فى سن الطفولة وتزايد ثم تقل

وتصبح مزمنة ، وعادة ينتج عنها مشاكل قضائية .. وهذا الاضطراب نادر ولكنه لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور ، وعلاجه يعطى نتائج طيبة .

■ أسباب هوس السرقة :

يعتقد المحللون النفسيون أن هوس السرقة يرجع إلى نزعات عدوانية أو إلى نزعات ليبيدية كما يعزوها بعضهم ، أو أن الشيء المسروق يرمز لمعنى معين لدى الشخص .. وغالباً يصاحب هوس السرقة اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب المزمن والقهم العصابي (Anorexia) والشره المرضي وهوس اشعال الحرائق ، وتظهر أعراض هوس السرقة عادة في فترات الضغوط النفسية والاجتماعية الهامة (مثل الفقد والانفصال والطلاق) .

و يصنف أحد المحللين النفسيين أسباب السرقة كما يلي :

- ١ — كطريقة لإعادة العلاقة المفقودة بالأم .
- ٢ — فعل عدواني ضد الآخرين .
- ٣ — دفاع ضد الخوف من الخصاء لدى الذكر أو سرقة بديل القضيب لدى الأنثى .
- ٤ — وسيلة للبحث عن عقاب للنفس .
- ٥ — وسيلة لإعادة اعتبار الذات .
- ٦ — تفاعل من الشخص تجاه وجود أسرار أسرية خافية عليه .
- ٧ — هياج واستبدال لفعل جنسى .

و يرى أن واحد أو أكثر من هذه العوامل يمكن أن يكون سبب لهوس السرقة .

■ التشخيص الفارق :

- ١ — السرقة المعتادة : وتكون مخططة بإتقان والأشياء المسروقة لاستخدامها أو لقيمتها .

٢ — الادعاء : لينفى عن نفسه تهم سرقة حقيقية .

٣ — اضطراب السلوك واضطراب الشخصية المضاد للمجتمع ونوبات الهوس :
قد تتم فيها سرقة ولكن تظهر السمات الأخرى المميزة لكل منها .

٤ — الفصام : إذا حدثت سرقة تكون استجابة لضلالات أو هلاوس .

٥ — اضطرابات عقلية عضوية : بسبب فشل تذكر الشخص أنه دفع ثمن
الشيء .

● علاج هوس السرقة :

العلاج النفسى التبصيرى والعلاج النفسى التحليلى ينجح كثيراً فى علاج هذه
الحالات خاصة إذا كان لدى المريض دافع للعلاج .. وكذلك العلاج السلوكى
بسلب الحساسية أو قلب التشريط والعلاج الزواجى تفيد أيضاً فى العلاج .

٣ — المقامرة المرضية

(Pathological Gambling)

و يتميز هذا الاضطراب بالمقامرة التى يفشل الشخص فى مقاومتها و ينشأ
عنها تحطم شخصيته وعلاقاته الأسرية وخسارته المادية وما يترتب عليها من ديون
وقروض ، و يفشل فى عمله لانشغاله بالمقامرة ، و يلجأ للنصب والاحتيال
والكذب للحصول على نقود للاستمرار فى المقامرة ، و يزداد الحماس للمقامرة
والانشغال بها خلال فترات الضغوط الاجتماعية والنفسية .. و يصاحبها
سلوكيات مضادة للمجتمع للحصول على المال مثل السرقة والكذب وأحياناً
يصاحبها القلق والاكتئاب .

عادة يبدأ اضطراب المقامرة المرضية فى المراهقة لدى الذكور وبعد ذلك لدى
الإناث ، ومساره متماوج (أى فترات من الهوادة وأخرى من الاشتداد) ولكنه
يصبح مزمناً ، وتمر المقامرة المرضية بثلاث مراحل هى :

١- مرحلة المكسب : حيث يكسب مالاً وفيراً أول الأمر و يقع في شرك المقامرة .

٢- مرحلة الخسارة الاشتدادية : وفيها يرتب المريض حياته على المقامرة و يصبح غيباً يقامر بمخاطرة ، و يفقد عمله و يخسر نقوده .

٣- مرحلة اليأس والتهور : حيث يقامر بكميات كبيرة من النقود و يتورط في قروض وديون وكتابة شيكات بدون رصيد .. وقد يظل خمسة عشر عاماً إلى أن يصل إلى المرحلة الثالثة وعندما يصلها ينهار تماماً خلال عام واحد أو اثنان على الأكثر .. ومن مضاعفاتها الإدمان ، ومحاولات الانتحار والسرقة ضمن عصابة والوقوع تحت طائلة القانون والسجن .. و يكثّر هذا الاضطراب لدى الذكور عنه بين الإناث .

■ التشخيص :

تشخص المقامرة كسلوك مضطرب بأربعة على الأقل مما يلي :

- ١- الانشغال الكثير بالمقامرة أو بالحصول على نقود للمقامرة .
- ٢- المقامرة كثيراً إما بمبلغ كبير من النقود أو لفترة أطول مما ينبغي .
- ٣- الحاجة لزيادة حجم أوتكرار المراهنات للحصول على الإثارة المرعوبة .
- ٤- عدم الاستقرار أو سرعة الاستثارة إذا لم يستطع المقامرة .
- ٥- تكرار خسارته للنقود في المقامرة وعودته في يوم آخر ليعوض خسائره .
- ٦- يبذل مجهودات متكررة لتقليل أو وقف المقامرة .
- ٧- كثرة المقامرة حتى عندما يتوقع منه أن يفى بمسئوليات اجتماعية أو وظيفية .

٨- يضحى بالأنشطة الترفيهية أو الاجتماعية أو المهنية في سبيل المقامرة .

٩- الاستمرار في المقامرة برغم عدم قدرته على دفع ديونه أو برغم مشاكله الاجتماعية أو الوظيفية أو القانونية الهامة والتي يعرف أنها تتفاقم بالمقامرة .

■ التشخيص الفارق :

- ١ — المقامرة الاجتماعية مع الأصدقاء : كتسلية دون مواصفات مرضية .
- ٢ — الهوس أو الهوس الخفيف : حيث يفقد الحكم على الأمور و يكثر من المقامرة .
- ٣ — الشخصية المضادة للمجتمع : كثيراً ما ترتبط بالمقامرة خاصة بعد التورط في الديون والإفلاس .

■ أسباب المقامرة المرضية :

هناك عوامل تهيئ لهذا الاضطراب هي :

- ١ — اختلال الأسرة والعلاقة الوالدية السيئة وتخط حياة الأسرة الاقتصادية .
- ٢ — الانخراط في المقامرة في سن المراهقة .
- ٣ — تركيز الأسرة على القيمة المادية لكل شيء .
- ٤ — إدمان الزوج وغيابه عن البيت في حالة مقامرة الإناث .

● علاج المقامرة المرضية :

نادراً ما يحضر المقامر طائعا للعلاج ، وما يحضره عادة هو شكوى نفسية أخرى أو ضغط من الأسرة أو مشاكل قضائية ، وتكونت في بعض المجتمعات جماعات المقامرين السابقين الذين يستطيعون عن طريق اللقاءات الجماعية مساعدة المقامرين الحاليين .. وأحيانا يكون مفيداً أن يدخل المريض إلى مستشفى لإبعاده عن جو المقامرة ولتبصيره على أن يظل بعيداً عن المقامرة ثلاثة أشهر ، ثم يعالج نفسياً .

٤ — هوس إشعال الحرائق

(Arson) (Pyromnia)

وهو إشعال الحرائق المقصود أكثر من مرة ، و يشعر الشخص بتوتر أو إثارة وجدانية قبل إشعال النار وسرور شديد جداً أو إشباع أو تخفف من التوتر عند اشتعال الحريق أو مشاهدتها ، ولا يكون إشعال الحرائق هذا بسبب تمرد سياسى

أو لإخفاء نشاط إجرامي (سرقة مثلاً) أو التعبير عن غضب أو استجابة لضلالات أو هلاوس .

ورغم أن هوس إشعال الحرائق بسبب الفشل في مقاومة النزعة إلا أنه قد يكون هناك إعداد جيد لبدء الحريق ، وقد يترك الشخص دليلاً واضحاً والمصابون بهذا الاضطراب غالباً يُعرفون كملاحظين منتظمين لحرائق جيرانهم ويظهرون اهتماماً بمقاومة الحرائق ، وقد يدفعهم إعجابهم بنيران الحرائق للتطوع في المطافئ ، ولا يبدون انفعالاً لنتائج الحرائق المتعلقة بالأرواح والممتلكات .

يبدأ عادة هوس إشعال الحرائق في الطفولة ، وعندما يبدأ في المراهقة يكون الاضطراب أكثر تدميراً ، وعلاج الأطفال المضطربين يعطى نتائج طيبة ، أما الكبار المضطربون فلأنهم يرفضون وينكرون تكون نتائج علاجهم غير مرضية .. و ينتشر الاضطراب أكثر لدى الذكور الذين تقل نسب ذكائهم مقارنة بغير المضطربين ، وغالباً ما يكون في تاريخهم سلوكيات مضادة للمجتمع مثل الجنوح والهروب من البيت والمدرسة ، أو سمات عصابية مثل البوال أو عدوانية مثل القسوة على الحيوانات .

■ تشخيص هوس إشعال الحرائق :

- ١ - إشعال النار عن قصد بغرض إحداث حريق أكثر من مرة .
- ٢ - التوتر الذي يسبق الإشعال .
- ٣ - الإعجاب أو الاهتمام أو الفضول بموقف الحريق .
- ٤ - الاستمتاع أو الإشباع أو التخفف من التوتر عند إشعال النيران أو مشاهدة آثارها .
- ٥ - لا يكون إشعال الحرائق بغرض كسب مادي أو احتجاج سياسي أو لإخفاء جريمة أو استجابة لضلالات أو هلاوس .

■ التشخيص الفارق :

- ١ — الحرائق عن إهمال مثل ترك أعقاب السجائر مشتعلة .
- ٢ — المرض العقلي (مثل الفصام أو الاضطراب ثنائي القطبية) لعدم فهمه نتائج فعله أو استجابة لهلاوس أو ضلالات .

■ أسباب هوس إشعال الحرائق :

لقد عزى فرويد إشعال الحرائق إلى رمزيته للجنس واثارته ودفته ، وعزاها آخرون إلى التعطش المرضى للقوة والمكانة الاجتماعية ، فبعضهم يقاوم النيران ببطولة واضحة وهي طريقة لإفراغ الإحباط المتراكم من الشعور بالدونية الاجتماعية والجسمانية والجنسية .. وأشار عدد من الدراسات إلى أن آباء مشعل الحرائق يتغيبون عن البيت ، ولذا فإن إشعال الحرائق يعد تعبيراً عن رغبة عودة الأب إلى البيت لإطفاء الحريق وإنقاذ الطفل من الهلاك .

● علاج هوس إشعال الحرائق :

في حالات الأطفال يلزم العلاج النفسى سواء كان سلوكياً أو تحليلياً لوقايتهم من الاستمرار في ذلك ، أما الكبار فعادة تكون دافعتهم للعلاج ضعيفة ولذلك يلزم حصرهم ومتابعتهم كطريقة وحيدة للوقاية من خطرهم .

٥ — هوس خلع الشعر

(Trichotillomania)

وهي نزعات متكررة لجذب الشعر لدرجة خلعه يفشل الشخص في مقاومتها وليس بسبب ضلالات أو هلاوس ، ويشعر الشخص المصاب بإحساس متزايد من التوتر قبل خلع الشعر مباشرة ويشعر بالراحة من خلع الشعر ، وينتج عن ذلك مناطق خالية من الشعر وتكون في الأماكن التي يسهل الوصول إليها من الرأس أساساً ، وأحياناً تكون الحواجب أو رموش العين أو اللحية ، وبدرجة أقل في شعر العانة وتحت الإبطين والجذع .. وقد يضع الشخص الشعر المخلوع في فمه ،

وعادة ينكر الشخص هذا السلوك رغم وجود مناطق خالية من الشعر يجاهد في إخفائها ، وقد توجد علامات أخرى من تشويه النفس مثل قضم الأظافر أو الخربشة للجلد .

ويبدأ هذا الاضطراب في الطفولة عادة ولكن بعض الحالات تحدث في الكهولة ، ولكن هذه الحالات تعزى إلى اضطراب ذهاني مصاحب ، والاضطراب قد يتراجع أو يستمر لعقدين من العمر ، و ينتشر الاضطراب أكثر مما نظن خاصة بين المتخلفين عقلياً والفصام واضطراب الشخصية الحدية وإن كانت المعلومات عن انتشاره غير كافية ، ويبدو أن انتشاره أكثر لدى النساء .

■ تشخيص هوس خلع الشعر:

- ١- فشل متكرر في مقاومة نزعة جذب الشعر ينتج عنها مناطق خالية من الشعر.
- ٢- إحساس متزايد بالتوتر قبل خلع الشعر مباشرة .
- ٣- شعور بالارتياح عند خلع الشعر .
- ٤- لا يرتبط بهذه النزعة ضلالات أو هلاوس أو التهاب جلدي في نفس المنطقة .

■ التشخيص الفارق :

- ١- الوسواس القهري .
- ٢- الأعراض الجسمية المستحدثة .
- ٣- الأمراض السيكوسوماتية ..
- ٤- الصلع .

■ أسباب هوس خلع الشعر:

يرتبط بدء هذا الاضطراب بوجود عوامل ضاغطة نفسية واجتماعية أو اضطراب علاقة الطفل بالأم أو الخوف من تركه وحيداً ، أو الحزن

والاكتئاب ، كل هذه تعد عوامل مهيئة لحدوث الاضطراب ، وإن كان البعض يقرر أن الهدف الأول من جذب الشعر هو تنبيه النفس .

● العلاج :

يعطى علاج دوائي في صورة مضاد للقلق له خواص مضادة للهستامين (مثل هيدروكسيزين) (Hydroxyzine) ، أو مضادات الاكتئاب أو مضادات الذهان . ويمكن استخدام العلاج السلوكي (التغذية المرتجعة) ويستخدم أيضاً العلاج بالتنويم الإيحائي والعلاج النفسي الجماعي أو الفردي (لتبصيره بدينامياته النفسية) .



الفصل الثالث عشر

■ مقدمة :

شاب في السابعة والعشرين من عمره يعمل ميكانيكاً ، سافر للعمل في الخارج مدة عامان وعاد ومعه مبلغ من المال وضعه في شركة لاستثمار الأموال ، وبعد أقل من شهرين فرضت الحراسة على هذه الشركة فأصابته حالة من الحزن والضيق واليأس ، وأصبح يثور لأتفه الأسباب مع الكسل ورفض العمل وعدم الاهتمام بمظهره ونقص شهيته للطعام .

هذا مثال لحالة اكلينيكية سوف نعرض لها في هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها وضع أهدافاً تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هي هذه الأهداف ؟

اضطراب التأقلم (Adjustment Disorder)

وهو تفاعل تكيفي لضغوط نفسية اجتماعية معروف (أو لمجموعة ضغوط) يحدث خلال ثلاثة شهور من بدء العامل الضاغط ، و يظل لمدة لا تزيد عن ستة شهور.. وتتحدد الطبيعة التكيفية للتفاعل إما بخلل وظيفي أو اجتماعي أو ظهور أعراض تزيد عن التفاعل العادي والمتوقع للعامل الضاغط .. ويفترض أن الاضطراب سوف يقل بمجرد اختفاء الضاغط ، أو يتم اكتساب مستوى جديداً من التكيف في حالة استمرار العامل الضاغط ، ويجب الإشارة في التشخيص إلى شدة الضاغط على المحور الرابع .

وقد يكون العامل الضاغط واحداً (مثل الطلاق) ، أو متعدد (مثل مصاعب العمل والزواج) ، وقد يكون متريداً (مثل الضغوط المرتبطة بتغيرات فصلية) ، وقد يكون متصلاً ، (مثل ضغوط نفسية اجتماعية مصاحب لمرض مزمن) .. وبعض الضغوط تصاحب أحداث نمو محددة مثل الذهاب للمدرسة أو ترك منزل الوالدين في زواج أو ولادة أطفال ، أو الفشل في تحقيق الأهداف الوظيفية أو بلوغ سن التقاعد .

ولا تتحدد شدة التفاعل بشدة العامل الضاغط لأن الأمر يختلف حسب قابلية الناس ، فبعضهم قد يصاب باضطراب شديد بعد عامل ضاغط هين ، بينما آخرون يصابون باضطراب خفيف بعد تعرض لضغوط شديد جداً ومستمر . ويجب عدم استخدام هذه المجموعة إذا اتفق الاضطراب مع دلالات اضطراب عقلي نوعي (مثل اضطراب الوجدان) .

■ بدء اضطراب التأقلم ومساره :

يبدأ الاضطراب في أي سن خلال ثلاثة شهور من بدء حدوث العامل الضاغط ولا يظل أكثر من ستة شهور ، ولكن إذا كان العامل الضاغط حاداً مثل الفصل من العمل فإن بدء الاضطراب عادة يكون خلال أيام قليلة ، ومدته أيضاً قصيرة نسبياً ، وفي بعض الحالات يظل العامل الضاغط (كما في حالة المرض

المزمن) لوقت طويل ويحتاج المريض وقتاً أطول ليصل إلى مستوى جديد من التكيف .. ومصير هذا الاضطراب حسن مع العلاج المناسب حيث يعود لسابق عهده وظيفياً واجتماعياً خلال ثلاثة شهور ، وقد يحتاج المراهقون وقتاً أطول لاستعادة تفهمهم .

■ انتشاره :

ينتشر هذا الاضطراب بصورة شائعة خاصة لدى المراهقين ، ولكنه يحدث في كل الأعمار ، و يستوى فيه الذكور والإناث .

■ تشخيص اضطراب التأقلم :

يجب توفر الدلالات الآتية لتشخيصه :

١- يحدث الاضطراب كتفاعل لضغوط نفسية اجتماعية (أو لضغوط متعددة) خلال ثلاثة أشهر من بدء هذا الضاعط .

٢- تتحدد طبيعة اضطراب التكيف كتفاعل بواسطة : (أ ، أو - ب - أو كلاهما) :

أ- الخلل الوظيفي أو الاجتماعي .

ب- حدوث أعراض أكثر من التفاعل المعتاد والمتوقع لمثل هذا الضغط .

٣- الاضطراب ليس مجرد نوع من التفاعل المبالغ فيه للعامل الضاعط أو تفاقم أحد الاضطرابات النفسية المفصلة مسبقاً .

٤- اضطراب التكيف كتفاعل ظل لمدة لا تزيد عن ستة شهور .

٥- لا يتفق الاضطراب مع مواصفات أى من الاضطرابات النفسية النوعية أو الفقد غير المصحوب بمضاعفات .

■ أنواع اضطراب التأقلم :

يحدد النوع طبقاً للأعراض السائدة :

١- اضطراب التأقلم المصاحب بقلق وجداني :

(Adjust Dis with anxious mood) عندما تسود الصورة الأكلينيكية أعراض
الخوف والقلق والترقب .

٢- اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب وجدانى
(Adjst Dis with Depressed mood) عندما تسود الصورة الاكلينيكية
أعراض الاكتئاب ومشاعر اليأس والعجز .

٣- اضطراب التأقلم المصاحب باضطراب السلوك :
(Adjust.Dis.with Disturbance of Conduct)
حيث يصاحب اضطراب التأقلم بانتهاك حقوق الآخرين أو قوانين المجتمع
المناسبة لسن الشخص ، مثل الهروب من المدرسة وتدمير الممتلكات العامة
وقيادة السيارات بخطورة .

٤- اضطراب التأقلم المصاحب باضطراب وجدانى مختلط واضطراب سلوك
(Adjust.Dis.with mixed mood disturbance)
أى المصاحب بأعراض قلق واكتئاب واضطراب السلوك .

٥- اضطراب التأقلم المصاحب بملامح انفعالية مختلطة .
(Adjust. Dis. with mixed Emotional Features)
مثل ثنائية الوجدان والغضب والاكتئاب والاعتمادية والقلق .

٦- اضطراب التأقلم المصاحب بشكاوى جسمانية :
(Adjust.Dis.With Physical Camplaints)
مثل الصداع والاجهاد وألم الظهر .

٧- اضطراب التأقلم المصاحب بالعزلة الاجتماعية :
(Adjust. Dis. With Social withdrawal)
حيث تكون العزلة دون أعراض قلق أو اكتئاب ظاهرة .

٨- اضطراب التأقلم المصاحب بتدهور فى مستوى العمل أو الدراسة :
(Adjust. Dis. With work or Academic inhibition)

حيث يسود الصورة الاكلينيكية نقص الإنجاز فى العمل أو الدراسة لشخص
كان إنجازة مناسباً قبل ذلك ، وكثيراً ما يصاحب بقلق واكتئاب .

٩ - اضطراب التأقلم غير النوعي :

(Adjust. Dis. not otherwise specified)

وهو ما لا يمكن تصنيفه ضمن الأنواع السابقة لاضطراب التأقلم .

■ التشخيص الفارق :

— إذا ظلت أعراض اضطراب التأقلم لمدة أكثر من ستة شهور يغير التشخيص إلى اضطراب عقلي آخر .

— اضطرابات الشخصية كثيراً ما تتفاقم بواسطة الضغوط ولا يجوز إضافة تشخيص اضطراب التأقلم إلا في حالة ظهور أعراض جديدة للضاغط (مثل الاكتئاب الوجداني في شخصية بارانوية مضطربة لم تعان قبل ذلك من اكتئاب) حينئذ يوضع اضطراب التأقلم كتشخيص إضافي .

— في العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الجسمية : قد يتفاعل الشخص للعامل الضاغط ولكن الأعراض السائدة أعراض جسمية .

■ أسباب اضطراب التأقلم :

يتربسب الاضطراب بعامل ضاغط ولكن شدة العامل الضاغط لا تحدد شدة الاضطراب ، حيث تشترك عوامل كثيرة مثل الشخصية وقيم المجتمع وتوقعاته للأسوياء من أفراد ، ويتفاوت العامل الضاغط من حيث تعدده وتكراره واستمراريته ، وقد يصيب العامل فرداً واحداً أو أسرة بأكملها أو مجتمعاً بأكمله .. ولقد فسر (فرويد) حدوث الاضطراب لفرد دون آخر باختلاف البناء النفسي الذي يتفاعل مع الضغوط محدثاً التثبيت ، وأكدت النظرية التحليلية على دور الأم والتربية في طاقة الشخص على احتمال الضغوط اللاحقة في حياته خاصة مفهوم (وينيكوت) (Winnicott) (١) عن الأم الطيبة

(١) وهو طبيب نفسي ومحلل نفسي وكان رئيساً لجمعية التحليل النفسي البريطانية ، واهتم بدراسة الطفل والأسرة والعلاقة بين الأم والطفل والعالم الخارجي .

(Good-enough mother) التى تستجيب لاحتياجات الرضيع وتعطيه المساندة اللازمة للنمو وتحمل الإحباطات فى حياته .

● العلاج :

يفضل العلاج النفسى فى حالات اضطراب التأقلم ، خاصة العلاج الفردى الذى يعطى فرصة لاكتشاف العامل الضاغط ومعناه بالنسبة للمريض ، وعلى المعالج أن يعى مشاكل المكسب الثانوى للمرض وما يقدمه الدور المرضى من مكافآت للشخص ، ولذا فقد يكون تعاطف المعالج واهتمامه وتفهمه للمريض (اللازم لنجاح العلاج) هو نفسه قد يكون مكافأة على المرض تدعم الأعراض بدلاً من إزالتها .. وأحياناً يفيد المريض من مضادات القلق أو مضادات الاكتئاب فى حالة اشتداد أعراض القلق أو الاكتئاب .



الفصل الرابع عشر

مقدمة:

- ١ - فتاة في الواحدة والعشرين من عمرها ، طالبة تفتابها حالات من صعوبة التنفس وضيق الصدر ، شخصت بواسطة أخصائي الأمراض الصدرية على أنها أزمة شعبية (ربوية) ، ثم حولها إلى الطبيب النفسى .
 - ٢ - طالب في الثانوية العامة ، أحضره والده للطبيب النفسى بسبب فشله في الحصول على الثانوية العامة ، مرتين متتاليتين ، رغم أن ذكائه لا يقل عن المتوسط ، وبفحصه لم تلاحظ علامات اضطراب نفسى .
- هذان مثالان لحالات تعرض للطبيب النفسى ، هل يمكنك بعد إعادة قراءتهما أن تضع أهدافاً تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

الاضطرابات الجسمانية الناشئة عن عوامل نفسية (Psychological Factors Affecting physical condition) or (Psychosomatic Disorders)

هذه المجموعة من الاضطرابات أطلق عليها السيکوسوماتیک بواسطة هينروث (١٨١٨) عندما استخدمها فيما يتعلق بالأرق (Insomnia) ، ثم اتسعت بعد ذلك لتشمل التهاب القولون المتقرح وقرحة المعدة والاثناعشر والشقيقة وصداع التوتر، والأزمة الشعبية والتهاب المفاصل الروماتويدي والذبحة الصدرية وألم الدورة الشهرية وحب الشباب وكثرة التبول ، وتشير التسمية إلى وجود أسباب نفسية وراء أعراض بدنية ، ويمكن تطبيق هذه المجموعة التشخيصية على أى حالة جسمانية تعزى إلى عوامل نفسية ، سواء كانت العوامل النفسية تتسبب في بدء الحالة أو تفاقمها .

ويجب عدم استخدام هذه المجموعة في تشخيص اضطراب التحول أو الاضطرابات الجسدية الشكل حيث تفهم هذه الاضطرابات في إطار المكونات النفسية فقط .

● العلاج :

هناك محاولات لعلاج هذه الاضطرابات النفسية الجسدية علاجاً نفسياً بجانب العلاج العضوى ولكن مازالت النتائج في هذا المضمار محل خلاف .

الحالات التى تَمَثِّلُ للعلاج ولا تعزى لمرض نفسى

وهى الحالات التى تَمَثِّلُ للعلاج وليس بها مرض نفسى أو عقلى ، أو أن المعلومات المتاحة لا تكفى لتشخيص المرض النفسى ، وقد يكون لدى الشخص المائل للعلاج مرض نفسى معروف ولكن الاهتمام ينصب على حالة غير المرض مثل من لديه اضطراب ثنائى القطبية ولكنه يَمَثِّلُ لمشكلة زواجية ليس لها علاقة بالمرض .. وهذه الحالات هى :

- ١ - مشكلة دراسية : نقص الإنجاز الدراسي مع مستوى ذكاء مناسب في غياب اضطراب نمو محدد أو أى مرض عقلي آخر يكون مسئولاً عن المشكلة .
- ٢ - سلوك مضاد للمجتمع لشخص راشد : مثل سلوك اللصوص المحترفون أو تجار المخدرات .
- ٣ - السلوك المضاد للمجتمع من طفل أو مراهق .
- ٤ - المشكلة الزوجية مثل الطلاق أو الهجران .
- ٥ - رفض أخذ علاج طبي دون مرض نفسي مثل من ينكر مرضه أو لاعتقادات دينية .
- ٦ - مشكلة في العمل ليس سببها مرض عقلي .
- ٧ - مشكلة بين الطفل والأب : دون مرض عقلي ، أو الصراع بين الأهل والمراهق في اختيار أصدقائه .
- ٨ - مشاكل مع الأصدقاء أو المحبوب .
- ٩ - مشاكل الإخوة في البيت دون مرض عقلي .
- ١٠ - مشكلة خاصة بمرحلة أو ظروف حياتية معينة .
- ١١ - ادعاء المرض (Malingering) بإظهار أعراض جسمانية أو نفسية زائفة لهدف خارجي واضح مثل الهروب من الخدمة العسكرية أو الحصول على تعويض أو عقار يدمنه .. ويجب أن نشك في ادعاء المرض في الأحوال الآتية :

- (١) في الاطار الطبي الشرعى .
 - (٢) عدم مناسبة ما يشكو منه من عجز مع ما يلاحظ من مشاهدات .
 - (٣) عدم التعاون أثناء الفحص والتشخيص .
 - (٤) وجود اضطراب شخصية مضاد للمجتمع .
- وفي الادعاء يكون الهدف خارجي وليس هناك ما يدعوا لأخذ الدور

المرضى داخلياً ، ولديه مشاعر تعبيرية بخلاف المستيريا ، والأعراض لا تتحسن بالإيجاء أو التنويم أو بحقن الأميثال .

١٢- الفقد غير المصحوب بمضاعفات (Uncomplicated Bereavement) الذى يكون تفاعلاً لفقد عزيز، حيث توجد مشاعر الحزن العادية ونقص الشهية للطعام ونقص الوزن والأرق ، وقد يكون تفاعل الفقد مباشراً أو متأخراً بعد شهرين أو ثلاثة ، وتتفاوت فترة التفاعل للفقد حسب الثقافة والبيئة .

١٣- الأداء الذكائى الحدى : (Bonderline intellectual Functioning) الذى يوصف على المحور الثانى و يكون معدل الذكاء (٧١ — ٨٤) .



الفصل الخامس عشر

مقدمة:

١- رجل في الخمسين من عمره في منصب كبير، شكاك لا يثق فيمن حوله حتى مساعديه، ويندفع في مقاضاة الآخرين لأتفه الأسباب، حذر جداً في معاملاته مع الآخرين، لا يسمح لأحد مهما كان بانتقاده، وإذا حاول أحدهم عرض وجهة نظر مخالفة كان عدائياً تجاهه وربما حول الأمر للقضاء رغم أنه يحترم جداً من هم أعلى منه منصباً ويملكون عليه سلطان.

٢- رجل في الأربعين من عمره لم يصب سوى قدراً يسيراً من التعليم، حصل بطريقة ما على قطعة أرض للبناء السكنى، فاستغلها في النصب على طالبي السكنى بأخذ مقدمات تمليك منهم، كما أخذ قروضاً من البنوك، ولم يف بأى من التزاماته مما ترتب عليه صدور أحكام قضائية ضده، حيث فرضت الحراسة على ممتلكاته وتم وضعه في السجن.

٣ - سيدة في التاسعة والعشرين من عمرها تهتم بمظهرها جداً وترغب في لفت الأنظار إليها ، خاصة الرجال التي تتعامل معهم بإغواء وتدلل ، وتضخم الأحداث البسيطة ، وتعبر عن معاناتها في درامية استعراضية ، كما أنها باردة في علاقتها الجنسية مع زوجها ، و سطحية التفكير والانفعال ، ولديها قابلية للإجها.

٤ - رجل في الأربعين من عمره ، منظم ودقيق وغير مرن في تعاملاته مع الآخرين ، مسيطر في فرض رأيه وأسلوبه على أهله ، ينطق الأمور و يدرسها بتفاصيل ، ورغم ذلك يؤجل قراراته خوفاً من الخطأ ، ذو ضمير قاس ، شديد الانتقاد لنفسه والآخرين ، بخيل في تعاملاته المادية ، لا يعبر عن سعادة إلا نادراً ، مع حساسية شديدة للانتقاد .

هذه أمثلة لشخصيات نتعامل معها وقد لا تحضر لطلب المساعدة الطب نفسية سوف نعرض لها في هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها وضع أهداف تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هي هذه الأهداف ؟



اضطرابات الشخصية (Personality Disorders)

تعرف اضطرابات الشخصية بأنها الأنماط من الشخصية التي تكون غير مرنة وغير متكيفة وينشأ عنها فشل اجتماعي أو وظيفي أو معاناة ذاتية ، ويمكن التعرف على مظاهر اضطراب الشخصية من المراهقة أو قبلها وتستمر معظم الحياة البالغة برغم أنها تصبح أقل وضوحاً في منتصف العمر أو الشيخوخة .

ويجب أن لا تشخص اضطرابات الشخصية إلا عندما تكون ملاحظها الميزة منطبقة على الشخص لوقت طويل من حياته وليست مقتصرة على فترة بعينها وليست لها بداية محددة وإنما تتطور مع نمو الشخص .

وكثيراً ما يكون مضطرب الشخصية غير راض بسبب تأثير سلوكه على الآخرين ، أو لعدم قدرته على الأداء الفعال لوظيفته .. وقد يحدث هذا حتى في حالة كون الأنماط المؤدية إلى هذه الصعوبات متوافقة مع الأنا (Ego-syntonic) (أى أن سمات الشخصية لا تعتبر مرفوضة من الشخص نفسه) ، وفي حالات أخرى قد تكون الأنماط غير متوافقة مع الأنا (Ego-dystonic) ولكن يجد الشخص صعوبة في تغييرها رغم ما يبذله من محاولات .. واضطرابات الوجدان (القلق والاكتئاب) شائعة كشكوى رئيسية مصاحبة لاضطراب الشخصية .

■ تشخيص اضطرابات الشخصية في الطفولة والمراهقة :

هناك اضطرابات شخصية محددة تعزى إلى مجموعات تشخيصية نمطية ضمن الاضطرابات التي تظهر في الطفولة أو المراهقة ، فمثلاً اضطراب السلوك قد يؤدي إلى اضطراب الشخصية المضاد للمجتمع ، واضطراب التجنب قد يؤدي إلى اضطراب الشخصية المتجنبة ، واضطراب الهوية قد يؤدي إلى اضطراب الشخصية الحدية .. ولذا فإن تشخيص اضطراب السلوك أفضل من تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فيمن هم دون الثامنة عشرة ، حيث أشارت الدراسات إلى أن عديداً من الأطفال ذو السلوك المضاد للمجتمع لا يستمرون

يظهرون سلوكاً مضاد للمجتمع في الرشد ، كما أن اضطراب السلوك قد يشخص في الرشد عندما لا تتوافر السمات الكاملة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .. و يشخص اضطراب الشخصية التجنبية والحدية في الأطفال والمراهقين أفضل من تشخيص المجموعات المناظرة في الطفولة إذا وجدت سمات اضطراب الشخصية بعمق وثبات وليس محصوراً في مرحلة نمو.. أما المجموعات الأخرى لاضطراب الشخصية فقد تطبق في الحالات غير المعتادة التي توجد فيها سمات خاصة من سوء التكيف وتبدؤ ثابتة .

■ بداية اضطراب الشخصية ومسارها :

يبدأ اضطراب الشخصية في المراهقة (وأحياناً قبلها) أو بداية الرشد ، وتظل معظم حياة الشخص ، وهم يضايقون الآخرين بسلوكهم فتضطرب علاقاتهم بالآخرين ، ولا يحركهم دافع للعلاج فيظلون على حالهم من الاضطراب وعدم الاستبصار .

■ تصنيف اضطرابات الشخصية :

تصنف اضطرابات الشخصية إلى ثلاث مجموعات هي :

- ١ - مجموعة (أ) وتشمل الشخصيات الاضطهادية والشبه فصامية وفصامية النوع .. وأصحاب هذه الشخصيات يبدون غريبوا الأطوار منعزلون .
 - ٢ - مجموعة (ب) وتشمل الشخصيات المضادة للمجتمع والحدية والنرجسية وشبه المستيرية ، وهؤلاء دراميون انفعاليون ذوو شطط .
 - ٣ - مجموعة (جـ) وتشمل الشخصيات المتجنية والاعتمادية والوسواسية والعدوانية السلبية ، وهم قلقون خائفون .
 - ٤ - مجموعة متبقية تشمل اضطراب الشخصية غير المحدد في مكان آخر ، ويمكن استخدامه في اضطرابات الشخصية الأخرى أو الحالات المختلطة التي لا تتفق مع الأنواع المحددة لاضطراب الشخصية الموصوفة في الأنواع السابقة .
- وأحياناً يصعب وضع تشخيص واحد لاضطراب الشخصية حيث توجد سمات أكثر من واحدة حيثئذ يشخص أكثر من اضطراب للشخصية .

■ أسباب اضطراب الشخصية :

١ - عوامل بيولوجية :

أ - الجينات الوراثية : لوحظ زيادة كبيرة في معدل تطابق الشخصية لدى التوائم المتماثلة عنه لدى التوائم غير المتماثلة . كما لوحظ زيادة المجموعة (أ) من اضطرابات الشخصية (الاضطهادية وشبه الفصامية وفصامية النوع) بين أقارب الفصامين ، وهناك تهيئة جينية مشتركة في الشخصية المضادة للمجتمع وإدمان الكحول ، ويشيع الاكتئاب في الأسر التي ينتمى إليها أصحاب الشخصية الحدية ، كما أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين الشخصية الهستيرية واضطراب التجسيد .

ب - الدراسات البيوكيميائية : حيث أشارت أن الأشخاص المندفعين لديهم معدل مرتفع من هرمون التستوستيرون ، ويرتبط بزيادته أيضاً العدوان والسلوك الجنسى . وأشارت إلى أن انخفاض معدل الانزيمات المؤكسدة للأمينات الأحادية في الصفائح الدموية يرتبط بالنشاط والاجتماعية في قروء التجارب ، وتأكد ذلك في دراسة على طلاب الجامعة .

ج - عوامل عصبية : لوحظ ارتباط التلف الطفيف في الدماغ في الطفولة يرتبط بحدوث الشخصية المضادة للمجتمع بعد ذلك .

٢ - عوامل نفسية :

أ - النظرية التحليلية : اعتقد (فرويد) أن سمات الشخصية تنتج من التثبيت على مرحلة ما من مراحل النمو ومن التفاعل بين النزعات والأشخاص في البيئة ، وحدد عدة أنواع للشخصية طبقاً لذلك هي :

١ - الشخصيات الفمية (Oral Characters) : الذين يكونون سلبيين ومعتدين و يفرطون في تعاطي الطعام وما يشبهه .

٢ - الشخصيات الشرجية (Anal Characters) : وتتميز بالصرامة والبخل والدقة والعناد .

٣- الشخصيات الوسواسية (Obsessional Characters) : الذين يكونون متصليين يسيطر عليهم الأنا الأعلى المتميز بقسوته .

٤- والشخصيات النرجسية (Narcissistic Characters) : و يتميزون بالعدوان والتمركز حول الذات (١) .

٣- عوامل اجتماعية ثقافية :

لوحظ أن التفاعل الذى يحدث بين مزاج الطفل (Temperment) ومزاج الأب (أو الأم) أو من ينوب عنه أثناء التربية فى الطفولة ، فالطفل القلق الذى ترعاه أم قلقة يكون لديه قابلية أكثر لاضطراب الشخصية من الطفل الذى تربيته أم هادئة . كما أن الثقافات التى تنمى العدوان وتشجع عليه تهيب لاضطراب الشخصية الاضطهادية أو المضادة للمجتمع ولوحظ أن البيئة المعيشية الضيقة تظهر الطفل أكثر حركة بينما البيئة المتسعة لحركته تظهره طبيعياً سواء كان ذلك فى فصل دراسى أم منزل .

وفيما يلى تفصيل لاضطراب الشخصية كل نوع على حدة ..

١- اضطراب الشخصية الاضطهادية (البارانوية) (Paranoid Personality Disorder)

وتتميز بالشك غير المنطقى وعدم الثقة فى الناس بوجه عام ، ولا يعترفون بمسئوليتهم عن مشاعرهم بل يعتبرون الآخرين مسئولين عنها ، فأفعال الناس محقرة له أو مهددة .. فغالبا يوجد لدى الشخص توقع أنه مضطهد أو أنه يؤذى من الآخرين بطريقة ما ، وكثيراً ما يتشكك الشخص المصاب بهذا الاضطراب دون منطق فى ولاء أصدقائه أو ثقته فيهم ، وغالبا يكون لديه غير مرضية ، حيث يدعى دون مبرر خيانة شريك حياته ، وتفجر المواقف الجديدة شعوره بالاحتقار

(١) التفاصيل عن الشخصية واسهامات المدارس النفسية المختلفة فى فهمها ذكرت ضمن فصل الشخصية .

والتهديد ، و يسهل استفزاز مثل هذا الشخص في شجارت لا داعى لها ، وقد يحمل الكراهية لوقت طويل ولا ينسى الإساءة و يتردد أن يثق في الآخرين لخوف أن تستخدم المعلومات (التى يدلى بها) ضده . والمصابون بهذا الاضطراب عادة متيقظين بدرجة زائدة و يأخذون حذرهم ضد أى تهديد ، و يتجنبون اللوم حتى عندما يكون لسبب منطقي ، و ينظر إليهم الآخرون على أنهم حذرين كتومين غير مباشرين ومدققين .

وعندما يوجد صاحب الشخصية البارانونية في موقع جديد فإنه يبحث بشدة لتأكيد توقعاته دون فهم الإطار العام ، واستنتاجهم النهائي عادة يحسم ما توقعوه في أول الأمر ، وغالباً تكون لديهم أفكاراً إشارية (Reference) عابرة مثل أن الآخرين يلحظونه بشكل خاص أو يقولون عنه أشياء غير سارة .

■ الأعراض المصاحبة لاضطراب الشخصية الاضطهادية :

سرعة الاستثارة وتعقيد الأمور ، فهم يضخمون الأمور الصغيرة (يعملون من الحبة قبة) ، ولديهم صعوبة في الاسترخاء ، و يبدوون مشدودين ، ولديهم ميول للشجار عند أى تهديد ، و ينتقدون الآخرين ، وغالباً يحولون الأمور إلى المحاكم والقانون ، ولديهم صعوبة في قبول النقد لأنفسهم .. وفعالية أصحاب الشخصية البارانونية محدودة ، وقد يظهرون (باردين) تجاه الآخرين ، ليس لديهم إحساس حقيقى بالفكاهة ، وقد يفخرون بأنهم دائماً موضوعيون ومنطقيون وأنهم غير انفعاليين ، وتنقصهم الرقة والمشاعر الطيبة من الرأفة .

وأحياناً يرون من قبل الآخرين كملاحظين حاسمين ذو طاقة عالية ، شكاكين وقادرين ، ولكن الأكثر هو ظهورهم كعدائين عنيدين دفاعيين ومتصلبين رافضين للحلول الوسط ، وكثيراً ما يخلقون المصاعب والتعقيدات ، ويشيرون بالخوف لدى الآخرين ، فهم غالباً يخافون من فقد استقلالهم أو تشكيل قوة الأحداث طبقاً لرغباتهم .. وعادة يتجنبون الألفة عدا مع أولئك الذين يثقون فيهم ثقة مطلقة ، و يظهرون حاجة شديدة ليكونوا مكتفين ذاتياً بسبب التمرکز حول الذات وتضخيم أهمية الذات ، و يتجنبون المشاركة في الأنشطة الجماعية ، إلا إذا كانوا في موقع مسيطر .

و يلاحظ اهتمام أصحاب الشخصية الاضطهادية بالالكترونيات والآلات الذاتية ولا يهتمون بالفن أو الإحساس الجمالى ويعون بشدة موقع القوة ومن هو أعلى ومن هو أدنى ، وغالباً يحسدون من هو فى موقع القوة ويحتقرون من يرونهم ضعفاء أو مرضى .. وهم عرضة للشعور بأعراض ذهانية عابرة فى فترات التعرض للضغط .

■ مسار اضطراب الشخصية الاضطهادية ومضاعفاتها وآلها :

تبدأ فى بداية الرشد ولا توجد دراسات تتبعية طويلة للشخصية الاضطهادية تحدد مسارها ، ولكن فى بعض الحالات يكون الاضطراب طيلة الحياة وفى بعضها يكون بداية للفصام أو لاضطراب ضلالى ، وفى بعضها تقل حدة الاضطراب بالنضج ، ونادراً ما يبحث المصاب به عن علاج خاصة وأن بعضهم متعاضمون و يمثّلون كقادة لجماعات متطرفة .. والإعاقة تكون فى صورة مشاكل فى العمل خاصة فى العلاقة بالسلطة أو المساعدين ، وفى الحالات الشديدة تختل العلاقات بصورة بارزة .

■ التشخيص الفارق :

١ — الاضطراب الضلالى والفصام الاضطهادى : حيث يتميزان بأعراض ذهانية ثابتة .

٢ — الشخصية المضادة للمجتمع : وتشارك معها فى صعوبة إقامة علاقات اجتماعية ونقص الإنجاز الوظيفى .

٣ — الشخصية شبه الفصامية : وتتميز بالغرابة والبرود والانعزالية ، ولكن ليس لديه أفكار اضطهادية بارزة .

● علاج الشخصية الاضطهادية :

يعتبر العلاج النفسى هو المفضل فى هذه الحالة ، ولكن على المعالج أن يعى أن مناطق الثقة والألفة والتحمل من قبل المريض مضطربة ، ولذا يلزم معالج

متمرس .. والعلاج الجماعى غير مناسب لهؤلاء المرضى .. أحياناً يلزم بعض العقاقير فى حالات الفوران الداخلى أو القلق ، وفى بعض الحالات قد يكفى عقار (الديازيبام) وأحياناً يلزم مضادات ذهان مثل (الهالوبيريدول) بجرعات قليلة ولفترات قصيرة.

٢ - اضطراب الشخصية شبه الفصامية (Schizoid Personality Disorder)

و يتميز المضطربون بنمط يسود حياتهم من العزلة الاجتماعية وعدم التمايز للعلاقات الاجتماعية وضيق المدى الانفعالى خبرة وتعبيراً ، وتبدأ فى أول الرشد .. وهم لا يرغبون ولا يستمتعون بالعلاقات الحميمة ، فيفضلون أن يظلوا وحيدين ليس لهم أصدقاء مقربين يثقون بهم أو يكون واحداً فقط بالإضافة إلى أقارب الدرجة الأولى ، ولذا فهم دائماً يختارون أنشطة فردية وهم غير معبرين (عدم تمايز) فى حالات المدح أو الذم ، ونادراً ما يخبرون انفعالات قوية مثل الغضب والسرور ، فهم فى الحقيقة ضيقو الوجدان ، ولذا يبدوون باردين ومتباعدين وجدانياً .

و يصاحب ذلك عدم القدرة على إظهار العداء وغموض الأهداف والانطواء ولنقص المهارات الاجتماعية أو الرغبة فى خبرات جنسية فإن الذكور المصابون بهذا الاضطراب عادة غير قادرين على إقامة ألفة مع امرأة أو الزواج منها ، ونادراً ما يتزوجون .

■ البداية والمسار والإعاقة :

تبدأ الشخصية شبه الفصامية فى الطفولة ، وتظل لفترة طويلة ولكن ليس بالضرورة أن تظل طيلة الحياة ، وليس معروفاً النسبة التى تتحول منها إلى اضطراب الفصام ، وتمثل الإعاقة فى ضيق العلاقات الاجتماعية ، وقد يختل الأداء الوظيفى خاصة إذا لزم الاندماج مع آخرين ، ولكن من ناحية أخرى قد يكونون قادرين على زيادة الأداء الوظيفى فى المواقف التى تستدعى إنجازاً عملياً فى ظل ظروف معزولة اجتماعياً .

■ الانتشار:

رغم ملاحظة انتشار هذا النمط من الشخصية إلا أن حصرها في الممارسة الإكلينيكية قليل .

■ التشخيص الفارق :

- ١ — الشخصية فصامية النوع (Schizotypal) يوجد شطحات غريبة في التفكير والسلوك ، ولهم أقارب فصاميون بخلاف شبه الفصامية .
- ٢ — اضطراب الشخصية التجنبية : ترجع العزلة الاجتماعية لزيادة الحساسية للرفض وتوجد رغبة في عمل علاقات اجتماعية ولكن يحتاج لضمانات قوية للقبول وعدم النقد .
- ٣ — اضطراب الشخصية الاضطهادية : وتتميز ب بروز الأفكار الاضطهادية .

● علاج الشخصية شبه الفصامية :

يشبه العلاج في حالة الشخصية الاضطهادية ، ولكن صاحب الشخصية شبه الفصامية يتفق مع توقعات المعالج من الاستبطان (Introspection) ورؤية الذات من الداخل ، ولكن قديفرط في الخيال مستغلاً ثقة المعالج .. ولكن العلاج الجماعي مفيد له أيضاً (شريطة أن تحميه المجموعة من نوباته العدوانية) حيث تتيح له تفاعلاً اجتماعياً .

٣ — اضطراب الشخصية فصامية النوع

(Schizotypal Personality Disorder)

تتميز الشخصية فصامية النوع بنمط متعمق من غرابة التفكير والمظهر والسلوك وقصور في العلاقات مع الآخرين ، وليست شديدة بما يكفي لتشخيص الفصام .. يضطرب فيها محتوى التفكير حيث يشمل أفكاراً اضطهادية والتشكك وأفكاراً إشارية واعتقادات غريبة وتفكير سحري لا يتفق مع أسوياء بيئته و يؤثر على

سلوكه ، مثل الاعتقاد في الخرافات والكشف والتخاطر أو الحاسة السادسة (عندما لا يكون ذلك جزء من نظام الثقافة السائدة) ، في حالة الأطفال والمراهقين قد توجد خيالات غريبة أو انشغالات ، أو خبرات إدراكية غير معتادة قد تشمل الخداعات (Illusions) والإحساس بوجود قوة أو شخص ليس موجود فعلاً ، ويظهر في كلام الشخص غرابة ملحوظة ولكن لا يشير إلى فقد الروابط (Loose association) أو عدم التناسق و يكون الكلام غامضاً ، أو غير مناسب التجريد ، وقد يعبر عن المفاهيم بغرابة وغموض ، وقد يستخدم الكلمات بطريقة غير معتادة .. والمصابون بهذا الاضطراب ذوو سلوك ومظهر غريبين وهامشين .

وعلاقتهم مع الآخرين مختلة إلى حد كبير بسبب نقص التعبير الوجداني وسخافتهم البادية ، فنادراً ما يظهرون تعبيرات بالوجه مثل الابتسام أو الإيماء ، وليس لهم أصدقاء مقربين ، وأحياناً صديق واحد فقط ، وينتابه القلق إلى أقصى درجة في المواقف الاجتماعية التي تضم أشخاصاً غير مألوفين لديه .

و يصاحب اضطراب الشخصية فصامية النوع بخلط من القلق والاكتئاب وأحياناً بلامح من الشخصية الحدية وخلال فترات التعرض للضغوط الشديدة قد تظهر أعراض ذهانية ولكنها لا تكفى لإضافة تشخيص الذهان .

■ المسار والتنبؤ بالمآل :

لوحظ أن (١٠ %) من مضطربي الشخصية فصامية النوع ينتحرون وبعضهم يتحول إلى فصام ، وتشير الملاحظات الاكلينيكية أن هذه الشخصية هي شخصية قبل المرض في حالات الفصام ، ولكن العديد من أصحاب الشخصية فصامية النوع يمكنهم أن يتزوجوا ويعملوا رغم غرابة طباعهم .

■ الانتشار:

يصل معدل انتشار اضطراب الشخصية فصامية النوع إلى (٣ %) وتكثر بين أقارب الدرجة الأولى للفصامين .

■ التشخيص الفارق :

- ١ - الفصام (النوع المتبقى) : وفيه تاريخ لمرحلة فصام نشطة .
- ٢ - اضطراب الشخصية شبه الفصامية والتجنبية : لا يوجد فيهما غرابة في التصرفات والتفكير والإدراك والكلام .
- ٣ - اضطراب الشخصية الحدية : إذا وجدت دلالات تشخص كلاهما يوضع التشخيصان .
- ٤ - اضطراب الشخصية الاضطهادية : ويسيطر عليها الشك والأفكار الاضطهادية دون غرابة في التصرفات .

● علاج الشخصية فصامية النوع :

تعطى مضادات الذهان لتخفيف أعراض اضطراب التفكير والإدراك ، مع العلاج النفسى .

٤ - اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

(Antisocial Personality Disorder)

وتتميز بالسلوك المضاد للمجتمع المستمر بدءاً من الطفولة أو بداية المراهقة وتظل للحياة البالغة .. وعلاماتها في الطفولة هي الكذب والسرقة والهروب من البيت أو المدرسة وانتهاك حقوق الآخرين والشجارات والاعتداء الجسمانى على الآخرين ، ويستمر النمط المضاد للمجتمع في الكبر حيث يفشل الشخص في العيش شريفاً كأب أو مسئول ، كما يفشل في المحافظة على عمله وفي الانصياع لقوانين المجتمع ، فيكرر الأفعال المضادة للمجتمع فيكون عرضة للمساءلة القانونية .

وأصحاب الشخصية المضادة للمجتمع يكونون سريعو الاستثارة عدوانيون ويتصرفون بإهمال دون مراعاة لسلامة الآخرين (مثل قيادة السيارة وهم مخمورون) ، وفي علاقاتهم الجنسية لا يحافظون على علاقة واحدة لأكثر من سنة ، ولا يلومون أنفسهم عندما يسيئون بتصرفاتهم للآخرين .

و يصاحبها أعراض الإدمان والممارسات الجنسية المبكرة وأعراض اضطراب التجسيد ، مع التوتر وعدم القدرة على تحمل الملل والاكتئاب ، وتضطرب علاقاته بالآخرين بسبب تصرفاته التي تسيء للآخرين واقتناعه أنهم عدائيون تجاهه ، ويفشل في المحافظة على علاقة حميمة ومسئولة مع أسرة أو أصدقاء أو شريك جنسى .

و يكثر ظهور أصحاب الشخصية المضادة للمجتمع في صورة النصابين (Con-men) الذين يجيدون خداع الناس والاستيلاء على أموالهم أو الأموال العامة ، وأحياناً لا تظهر الشخصية المضادة للمجتمع في الطفولة ولا تتداخل مع إنجاز الشخص الدراسي فينجح دراسياً بل وقد ينجح سياسياً واقتصادياً ، ولا تظهر عليه الصورة الكاملة للاضطراب ، و يستغل موقعه العملي لصالحه دون اعتبار لقيم ودون لوم للنفس أو مراعاة لصالح المجتمع .

■ بدء اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ومساره:

البداية في الطفولة في صورة اضطراب السلوك عادة قبل سن الخامسة عشرة ، حيث يبدأ لدى الأولاد في الطفولة ولدى البنات في المراهقة ، وقد يقل السلوك السيء المضاد للمجتمع بعد سن الثلاثين .. وغالباً يحدث الفشل في الإنجاز الدراسي عندما يبدأ الاضطراب في الطفولة ، وقد يصاب أو يهلك من جراء سلوكه المضطرب .

■ الانتشار:

قدر معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (في أمريكا مثلاً) بنسبة (٣ %) لدى الرجال ونسبة (١ %) لدى الإناث ، وهو معدل ليس بالقليل ، ولعل سببه هو شيوع اضطراب السلوك لدى الأطفال في العقدين الأخيرين بسبب انتشار أفلام العنف وغياب الأب والأم في العمل .. و يكثر اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع في الأحياء الفقيرة والمزدحمة بالسكان وزيادة عدد الأطفال في الأسرة بما يقلل رعاية ومتابعة الوالدين لهم ، و يزداد

معدل الانتشار إلى خمس مرات بين أقارب الدرجة الأولى من الذكور، وكذلك يزداد انتشار هذه الشخصية بين أقارب مضطربي التجسيد والمدمنين .

■ التشخيص الفارق :

١ - اضطراب السلوك (Conduct Disorder) : يتكون من علامات نموذجية في الطفولة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ، ولكن السلوك قد ينتهي تلقائياً أو يتحول إلى اضطراب آخر مثل الفصام ، ويجب أن لا يشخص الأطفال باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فهو خاص بمن أتموا الثامنة عشرة من العمر وأظهروا نمطاً كاملاً لفترة طويلة .

٢ - السلوك المضاد للمجتمع لدى البالغ : الذي لا يتفق مع المواصفات الكاملة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ولا يعزى سلوكه المضاد للمجتمع لاضطراب نفس آخر .

٣ - الإدمان .

٤ - التخلف العقلي والفصام : لا يشخص مع أى منهما اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع إلا في حالة وجود نمط واضح من السلوك المضاد للمجتمع .

٥ - نوبات الهوس : ويميزها غياب اضطراب السلوك في الطفولة والطبيعة النوبية ذات البداية المحددة .

علاج اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع :

قبل بدء العلاج يجب أن يجد المعالج طريقة لوقف سلوك الشخص التدميري لنفسه ، وعلى خوفه من الألفة والصدقة مع الآخرين وجعله يتفاعل معهم دون خوف من الألم الناجم عن التفاعل ، ومن أكثر الطرق فائدة في علاجهم هي المجموعات المكونة منهم لمساعدتهم (Self-help groups) ، حيث يتعاطفون مع الشخص و يعطونه الإحساس بالأبوة الذي حرم منه خلال طفولته وأحياناً تلزم عقاقير لعلاج الأعراض المصاحبة مثل القلق أو الاكتئاب .

٥ - اضطراب الشخصية الحدية (Borderline Personality Disorder)

وتتميز بالنمط المتعمق من عدم استقرار صورة الذات والعلاقات بين الأشخاص والوجدان ، و يعد المصابين بهذا الاضطراب على الحافة بين العصاب والذهان ، وأطلق عليه عدة أسماء (الفصام المتغير) و (الفصام العصابي الكاذب) (Pseudoneurotic Schizophrenia) و (الشخصية ذهانية السمات) و (الشخصية غير المستقرة عاطفياً) .. ويميزها أيضاً اضطراب الهوية الثابت وعدم التحديد في نواحي حياته المختلفة مثل صورة الشخص عن ذاته وأهدافه البعيدة ، واختيار العمل ونوع الأصدقاء والشريك الجنسي والقيم التي يتبناها ، وغالباً يشعر بعدم الثبات لصورة الذات كإحساس مزمن بالفراغ .

وعادة ما تكون علاقة المضطرب بالأشخاص غير مستقرة وحادة وتتميز بتغيرات متطرفة من المثالية الزائدة إلى الانحطاط القيمي ، مع عدم ثبات الانفعال حيث يكون الغضب أحياناً غير مناسب للموقف وغالباً ما يفقد الشخص سيطرته على نفسه فيبدو كثير العراك والشجار ، وهو مندفع في تصرفاته خاصة في الأنشطة التي تكون مدمرة للنفس مثل الإدمان وقيادة السيارة باستهتار وسرقة المحلات .. وكثيراً ما يهدد بالانتحار ويشوه نفسه بهدف التلاعب بالآخرين ، وعند زيادة الضغط عليه قد يصاب بخدر نفسي أو اختلال الإنية .

و يصاحب اضطراب الشخصية الحدية بلامح من الاضطرابات الأخرى للشخصية مثل فصامية النوع والهستيرية والرجسية والمضادة للمجتمع ، وخلال فترات الضغط الشديد قد تحدث أعراض ذهانية عابرة ، ولكنها غير كافية الشدة أو المدة لعمل تشخيص إضافي .

■ بدء اضطراب الشخصية الحدية ومساره :

يبدأ الاضطراب مبكراً في الرشد ، ويتميز بعدم الثبات ولكنه لا يتحول إلى فصام بل إلى نوبات اكتئاب عظمى ، وأحياناً يتحول إلى تفاعل ذهاني قصير المدى ، ومن أهم مضاعفاته الانتحار .

■ الانتشار:

ينتشر الاضطراب بصورة ملحوظة بين عامة الناس ولكن لا توجد دراسات لمعدل انتشاره ، ويعتقد أنه يصل إلى (٢ %) ، وهو أكثر بين النساء .

■ التشخيص الفارق :

- ١ - اضطراب الهوية : الصورة الإكلينيكية فيهما متشابهة ، ولكن إذا وجدت دلالات اضطراب الشخصية وكان الاضطراب ثابتاً وعميقاً وغير مرتبط بمرحلة نمو ، فإنه يشخص اضطراب الشخصية الحدية .
- ٢ - السيكلوثيميا : يوجد فيها عدم الثبات الوجداني ولكن توجد نوبات الهوس التي تميزها .

● علاج اضطراب الشخصية الحدية :

يعد العلاج النفسي هو أفضل أنواع العلاجات للشخصية الحدية ، مع إضافة العلاج الكيميائي كمصاحب للعلاج النفسي ، ويعتبر العلاج النفسي لهذه الحالات من الأمور العسيرة على كل من المعالج والمريض ، حيث يميل المريض للنكوص والتفعيل لنزعاته فيظهر طرحاً موجباً أو سالباً تجاه المعالج وقد يكون هذا الطرح ثابت أو متقلباً دون سبب يفسر ما يحدث ، كما أن حيلة الإنشقاق الدفاعية تجعل صاحب الشخصية الحدية يتردد بين الحب والكراهية للمعالج وموضوعات البيئة المحيطة به .

والعلاج الكيميائي يشمل مضادات الذهان أحياناً ومضادات الاكتئاب والقلق أحياناً أخرى ، وأحياناً مضادات الصرع .

٦ - اضطراب الشخصية الهستيرية

(Histrionic Personality Disorder)

و يتميز بنمط متعمق من الانفعالات الشديدة وجذب الانتباه ، والمصاب به يبحث دائماً عن الطمأنينة أو الموافقة أو الإعجاب من الآخرين ، ولا يستريح في

المواقف التى لا يكون فيها محور الاهتمام ، و يتميز بتقلب وجدانى سريع وعواطف سطحية ، وسلوكهم تفاعلى أكثر من اللازم ، والمثيرات الضئيلة تعطى إثارة إنفعالية مبالغ فيها ، ويعبرون عن انفعالاتهم بحدة وبطريقة غير مناسبة ، وهم مركزين حول أنفسهم ولا يتحملون الإحباط من تأخر الإشباع ، وأفعالهم موجهة للإشباع المباشر.

و يتسم أصحاب الشخصية المستيرية بالجاذبية والإغواء ، و يبدوون لا معين ومشغولين أكثر من اللازم بجاذبيتهم الجسمانية ، وطريقتهم فى الكلام تعبيرية تنقصها التفاصيل (مثل من يصف رحلة بأنها كانت خيالية دون قدرته على أن يكون أكثر تحديداً).

و يصاحب اضطراب الشخصية المستيرية الميل الدرامية وتضخيم الأحداث والعلاقات ، وأخذ دور الضحية أحيانا دون الوعى بذلك ، مع رغبة شديدة للإثارة والملل من الحياة الروتينية ، و يصفهم الآخرون بأنهم سطحيون لامعون وغير حقيقيين ، وغالباً يكونون صداقات سريعة بعدها يصبحون منطوين على أنفسهم ، ودائماً يحتاجون إلى المساعدة والطمأننة لشعورهم بالعجز والاعتمادية ، وأفعالهم غير ثابتة غالباً وقد يسيء الآخرون فهمهم .

وفى علاقاتهم بالجنس الآخر يحاولون السيطرة عليه فى علاقة اعتمادية وكثيراً ما يكونون رومانسيين ، وعلاقاتهم الجنسية متفاوتة ، فبعضهم داعر وبعضهم ليس لديه خبرة جنسية ولا يستجيب ، وبعضهم يبدو أسوياء فى سلوكهم الجنسى ، و يظهرون اهتماماً قليلاً بالإنجاز الذكائى والتفكير التحليلى ولكنهم غالباً خلاقين ولديهم قدرة على التخيل ، و يتأثرون بالآخرين وقابلين للإيحاء ، و يظهرون استجابة مبدئية موجبة لأى شخص صاحب سلطة قوية ، و يعتقدون أنه يمكن أن يقدم الحلول السحرية لمشاكلهم ، وحكمهم على الأمور ليس عميق الجذور وعادة يتوجهون طبقاً للتخمينات ، وتكثر شكواهم من ضعف الصحة والأعراض الجسمانية مع اختلال الإنية ، وخلال فترات الضغط الشديد قد تصيبهم أعراض ذهانية عابرة لا تكفى لتشخيص ذهانى .

■ بدء اضطراب الشخصية الهستيرية ومساره :

في بداية الرشد يظهر اضطراب الشخصية الهستيرية وتقل الأعراض بتقدم السن ، وغالباً تضطرب علاقته بالآخرين وتكون غير مشبعة ، وقد يحدث له تفاعل ذهاني قصير المدى أو اضطراب التحويل واضطراب التجسيد .

■ الانتشار :

هذا الاضطراب شائع خاصة بين الإناث وبين الأقارب من الدرجة الأولى ويرتبط باضطراب التجسيد والكحولية .

■ التشخيص الفارق :

- ١ - اضطراب التجسيد : وفيه تكون الشكوى من المرض الجسماني برغم وجود أعراض الشخصية الهستيرية وقد يوجدان معاً .
- ٢ - الشخصية الحدية : كثيراً ما تكون مصاحبة وكذلك الشخصية النرجسية .

● علاج اضطراب الشخصية الهستيرية :

غالباً هؤلاء المرضى لا يعون مشاعرهم الحقيقية ، ولذا فإن توضيحها لهم يكون خطوة هامة في العلاج الذي يلزم أن يكون نفسياً تحليلياً ، وتعطى معه بعض العقاقير لتخفيف الأعراض التي قد تكون شديدة أحياناً مثل القلق أو الاكتئاب .

٧ - اضطراب الشخصية النرجسية

(Narcissistic Personality Disorder)

تتميز الشخصية النرجسية بالشعور بالعظمة والحساسية لتقويمات الآخرين ونقص التعاطف مع الآخرين ، ويتميز المضطربون بتضخيم ذواتهم ومنجزاتهم وذكائهم ، ويتوقعون أن يلحظهم الآخرون بخصوصية حتى دون إنجاز مناسب ويشعرون أن مشاكلهم فريدة (لأنهم متفردين) ، ويمكن أن تفهم فقط بواسطة آخرين مخصوصين ، وكثيراً ما يتناوب الشعور بالقيمة مع الشعور بعدم القيمة ، مثل

التلميذ الذى يتوقع مستوى معين ويحصل على مستوى أقل منه فإنه يعد نفسه فاشلاً ، وإذا حصل على المستوى المتوقع فإنه يعد ذلك عادياً ولا يفرح بذلك فرحاً حقيقياً .

والمصابون بهذا الاضطراب عادة مشغولون بخيالات من النجاح غير المحدود والقوة والنبوغ والجمال والحب المثالى ، ولديهم مشاعر مزمنة من الحسد من أولئك الذين يرونهم أكثر نجاحاً منهم .. وبرغم هذه الخيالات فكثيراً ما تستبدل بنشاط حقيقى واقعى عندما تشجع هذه الأهداف ، ولكن النجاح يكون دون استمتاع وطموحه لا يمكن إشباعه ، واعتبار الذات لديهم قابل للكسر إلى حد كبير ، وقد ينشغل الشخص بكفاءته فى عمله وكيف يقدره الآخرون لكفاءته ، وهذا يأخذ غالباً شكل الاستعراضية وجذب الانتباه المستمر والإعجاب ، و يتفاعل مع النقد بغضب أو خجل أو فقد الاحترام للذات ولكنه يغلف هذه المشاعر بمظاهر من عدم التمايز .

وعلاقة صاحب الشخصية النرجسية بالآخرين مختلفة إلى حد ما ينقصها التعاطف معهم ، و ينتظر منهم أن يفضلوه فى المعاملة (مثل : أنه لا يجب أن ينتظر فى طابور مثل الآخرين) ، وتتسع صداقاته لمزايا يحصل عليها أو لزيادة قوته وحجم معارفه ، وتتم الصداقات فقط بعد أن يؤخذ فى الحسبان كيف يستفيد منهم ، وفى العلاقات الرومانسية يعامل المحبوب كموضوع يستخدم لتدعيم اعتبار الذات .

و يصاحبها أعراض اضطراب الشخصية الهستيرية والحدية والمضادة للمجتمع وفى بعض الحالات يشخص أكثر من نوع لاضطراب الشخصية ، ويكثر الاكتئاب كمصاحب فى هذا الاضطراب ، وغالباً يكون مشغولاً بنفسه ومشغولاً بأن يظل شاباً ، و يتوارى القصور الشخصى تحت ستار الكذب ، وتكون المشاعر ظاهرة للتأثير فى الآخرين .

■ بدء الاضطراب ومساره :

هذا الاضطراب مزمن و يصعب علاجه و يبدأ فى أوائل الرشد ، وهم أكثر عرضة لأزمات منتصف العمر من غيرهم ، ويحدث خلل لبعض علاقاتهم

الاجتماعية و يتأثر العمل بالاكثاب والمصاعب مع الأشخاص والأهداف غير الواقعية .. ومن مضاعفاته التفاعل الذهاني المحدود والاكتئاب .

■ الانتشار:

يكثر انتشار هذا النوع من اضطراب الشخصية خاصة في العصر الحديث وذلك بسبب الاهتمام بالانجاز المهني ، ولكن لا توجد أرقام تشير إلى معدل الانتشار.

■ التشخيص الفارق:

ملامح اضطراب الشخصية الحدية والمستيرية والمضادة للمجتمع توجد مصاحبة غالباً وعندئذ يشخص اضطراب شخصية متعدد .

● علاج اضطراب الشخصية النرجسية :

يصعب علاج هذا النوع من اضطراب الشخصية و يلزم علاج تحليلي نفسي طويل المدى لإحداث تغيير.

٨ - اضطراب الشخصية المتجنبة

(Avoidant Personality Disorder)

تتميز الشخصية المتجنبة بنمط متعمق من عدم الراحة الاجتماعية والخوف من التقويم السالب والخجل .. أغلب الناس ينشغلون كيف أن الآخرين يقدرونهم ولكن المصابين بهذا الاضطراب يؤلمهم النقد ويحطم معنوياتهم ، ولا يحبون الدخول في علاقات إلا بعد ضمان بالقبول وعدم النقد ، وغالباً ليس لديهم أصدقاء مقربين عدا أقاربه من الدرجة الأولى ، و يتجنب العمل الذي فيه علاقات اجتماعية ، و يتوتر في المواقف الاجتماعية خوفاً من قول شيء غير مناسب أو غبي أو عدم القدرة على إجابة سؤال ، والخوف من الموقف الاجتماعي بواسطة احمرار الوجه أو البكاء ، أو علامات الخوف أمام الآخرين .

السجين ينتج لديه مقاومة لفعل أى شيء يشذ عن روتينه المعتاد، فمثلاً قد يلغى الشخص رحلة هامة بسبب احتمال بعيد لسقوط أمطار تجعل قيادة السيارة خطيرة.

ويختلف صاحب الشخصية المتجنبة عن شبه الفصامى فى أنه متشوق لعلاقات اجتماعية وإلى الحب والقبول، ومعاناته سببها نقص قدرته على الارتباط بالآخرين براحة. ويصاحبها أعراض الاكتئاب والقلق والغضب لفشله فى العلاقات الاجتماعية مع رهابات خاصة أحياناً.

■ البداية والمسار والتنبؤ بالمال:

يبدأ اضطراب الشخصية المتجنبة مبكراً فى الرشد، والكثيرون منهم يستطيعون العمل فى جوفىفر حاية، وبعضهم يتزوج ويكون أسرة يرتبط بها، وإذا انهارت المساندة من حوله فإنه يصاب بالاكتئاب والقلق والغضب ويحدث التجنب الرهابى عادة بسبب الرهاب الاجتماعى الذى يظهر عبر مسار المرض.

■ انتشار اضطراب الشخصية المتجنبة:

معدل الانتشار غير معروف ولكن يبدو أن هذا الاضطراب شائع.

■ التشخيص الفارق:

١- اضطراب الشخصية شبه الفصامية: الذى ليس لديه رغبة فى عمل علاقات اجتماعية وعدم تمايز للفقد، أما أصحاب الشخصية المتجنبة فيبدون معتمدين بمجرد تكوين علاقة ويميلون للارتباط ويخشون الفقد.

٢- الرهاب الاجتماعى: ويحدث فى موقف معين مثل الحديث فى مكان عام ولكن قد يكون مصاحباً لاضطراب الشخصية المتجنبة.

٣- رهاب الأماكن المتسعة: التجنب فيه يرجع للخوف من كونه فى مكان أو موقف لا يتيح حاية أو مساعدة.

٤ - اضطراب التجنب في الطفولة أو المراهقة : صورته الاكلينيكية مشابهة ولكن اضطراب الشخصية المتجنبة يقدم إذا وجدت مواصفاته ، كما أن اضطراب التجنب محصور في مرحلة نمو.

● علاج اضطراب الشخصية المتجنبة :

العلاج نفسى يعتمد على قبول المعالج لمخاوف المريض واستقرار العلاقة العلاجية ، ثم تشجيع المريض على الاختلاط بالعالم الخارجى ولكن بحذر حتى لا يحدث فشل يدعم موقف المريض الأسمى ونقص اعتباره لذاته ، والعلاج النفسى الجماعى قد يساعد هؤلاء المرضى والتدريب على تأكيد الذات يعد أحد الطرق السلوكية لتعليم المريض أن يعبر عن احتياجاته بوضوح أكثر ويحسن اعتباره لذاته .

٩ - اضطراب الشخصية الوسواسية

ويميزها النمط المتعمق من الانضباط وعدم المرونة ، والكفاح من أجل النظام ولكن بمقاييس غالباً غير مرنة تتداخل غالباً مع المهام التى توكل إلى الشخص ، حيث يكون الانشغال بالقواعد والكفاءة والتفاصيل غير الهامة مثل الشخص الذى يضع قائمة بأشياء سوف يفعلها و يعطى وقتاً كبيراً للنظر فى القائمة ثم لحظات لاسترجاعها من الذاكرة ، ثم يبدأ فى المهام ، والوقت ليس له حساب وأكثر الأمور أهمية تترك للحظات الأخيرة .

وأصحاب الشخصية الوسواسية هم عادة العقل المفكر لأقاربهم فى علاقة سيطرة فى مقابل تنحى الآخرين ، وبرغم أنهم يقاومون سلطات الآخرين فهم عنيدون ودون سبب مناسب يصرون أن يتبع الآخرون طرقهم فى فعل الأشياء .. ولا مجال للعلاقات الشخصية فى أعمالهم ، وغالباً يوجد انشغال بالمنطق والذكاء وعدم تحمل السلوك العاطفى لدى الآخرين ، وعندما يؤخذ فى الاعتبار الاستمتاع فإنه يخطط له ، وعادة يؤجل إلى العطلات التى تؤجل بدورها لدرجة أنها قد لا تحدث إطلاقاً .

كما أن صاحب الشخصية الوسواسية يتجنب أخذ القرار و يؤجله خوفاً من الخطأ ، وذو ضمير قاس أخلاقياً يصدر أحكاماً على النفس والآخرين ، ونادراً ما يعبر عن مشاعره أو يعطى تعليقاً أو يقدم هدية ، وعلاقاتهم تقليدية شكلية ، و يراهم الآخرون متصلبون .

و يصاحب ذلك لدى أصحاب الشخصية الوسواسية أعراض من صعوبة التعبير عن المشاعر بالكرب بسبب عدم الحسم والفعالية ، وكلامهم قد يكون لف ودوران حول الهدف ، و يكثرون لديهم الاكتئاب ، ولديهم حاجة شديدة للسيطرة على الآخرين ، وعندما لا يستطيعون فإنهم يجترونها الموقف و يصبحون غضوبين برغم أن الغضب لا يعبر عنه مباشرة ، (مثل سوء الخدمة في مطعم ولكنه بدلاً من أن يشكو للمدير يفكر اجترارياً كم سوف يترك كبقشيش) ، و يوجد كثير من الحساسية للانتقاد الاجتماعي خاصة إذا كان من شخص ذي سلطة .

■ البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

تبدأ في أول الرشد ، والمسار متفاوت فقد يمرض بالوسواس القهري وقد يصبح دافئاً متكيفاً وقد يصبح مريضاً بالفصام أو توهم المرض أو الاكتئاب وعادة يصاب باحتشاء عضلة القلب (Myocardial Infarction) .

■ الانتشار:

انتشار الشخصية الوسواسية غير معروف ولكنها تكثرت بين الذكور وأقارب الدرجة الأولى ، وغالباً تكون الخلفية الاجتماعية لهذه الشخصية شديدة النظام .

■ التشخيص الفارق:

١ — اضطراب الوسواس القهري : حيث توجد وساوس وطقوس حقيقية ويمكن أن يكون مصاحباً لاضطراب الشخصية الوسواسية .

● علاج اضطراب الشخصية الوسواسية :

يدرك هؤلاء المرضى معاناتهم و يبحثون عن العلاج خلافاً لاضطرابات الشخصية الأخرى ، و يفيدهم العلاج النفسى التحليلى ، ولكنه عادة يحتاج لوقت طويل ، والعلاج النفسى الجماعى والسلوكى أقل فائدة .. كما أن هناك عقاير مفيدة فى العلاج (مثل الكلونازيبام) .

١٠ - اضطراب الشخصية سالبة العدوان

(Passive Aggressive Personality Disorder)

وتتميز بنمط متعمق من المقاومة السلبية والتأجيل والعناد ونقص الكفاءة ، وهذه السلوكيات تعد تعبيراً عن العدوان الداخلى ، وغالباً ما يفسدون مجهودات الآخرين بعدم أداء الجزء المكلفين به ، ويتميز المضطربون بسرعة الاستثارة عندما يطلب منهم شيئاً لا يريدونه ، ويحتجون لدى آخرين أن المطلوب منهم غير مناسب ، و يرفضون الاقتراحات المفيدة من الآخرين والمتعلقة بكيف يصبحون منتجين ولذلك فهم ينتقدون السلطة الذين يفرضون عليهم مطالب .

و يصاحبها أعراض من الاعتمادية ونقص الثقة بالنفس والتشاؤم فيما يتعلق بالمستقبل ، ولا يعترف المضطربون أن سلوكهم سبب مشاكلهم .

■ بدء الاضطراب ومساره ومآله :

يظهر فى بداية الرشد و يواجهون نقصاً فى مجال إنجاز العمل سببه السلبية ، وبعضهم يتجه للإدمان أو يصيبهم الاكتئاب أو اضطرابات نفسية أخرى ، ونسبة ضئيلة منهم تعيش دون أعراض نفسية .

■ التشخيص الفارق :

١ - اضطراب العناد فى الطفولة أو المراهقة : مشابه للشخصية سالبة العدوان و يقدم على اضطراب الشخصية فى الحالات التى لم تبلغ الثامنة عشرة .

٢ – السلوكيات العدوانية السالبة : والتي تعد حيلاً في مواقف معينة وليس نمط عميق من الشخصية .

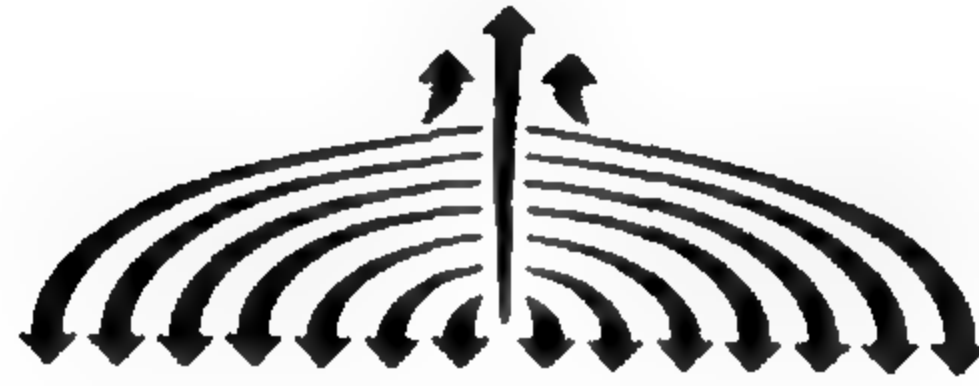
● علاج اضطراب الشخصية سالبة العدوان :

العلاج النفسى التدعيمى مفيد فى هذه الحالات مع الأخذ فى الاعتبار عدوان المريض السلبى ، مع اعطاء مضادات الاكتئاب إذا لزم الأمر .

١١ – اضطراب الشخصية غير المصنف فى مكان آخر

(Personality Disorder Not Otherwise Specified)

و يصف الشخصية النى لا يمكن تصنيفها كاضطراب محدد ، مثل ملامح أكثر من نوع محدد من اضطراب الشخصية .



الفصل السادس عشر

فتاة في الثامنة عشرة من عمرها ، تم استدعاء الطبيب النفسى من خلال تليفون الطوارئ لرعايتها إثر تناولها جرعة كبيرة من عقار مضاد للاكتئاب كان قد وصف لها قبل أسبوع وهذه ثانى محاولة انتجارها خلال هذا الأسبوع .
هذه حالة اكلينيكية سوف نعرض لها في هذا الفصل ، هل يمكنك بعد إعادة قراءتها وضع أهداف تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

الطوارئ النفسية (Psychiatric Emergencies)

وهى الأعراض العقلية والسلوكية التى تنتج عن مرض نفسى أو عصبى أو جسدى وتحتاج إلى تدخل عاجل ، ولذا فإن التدخل العلاجى يجب أن يتم بنفس طريقة التدخل الطبى لأى مريض بطارىء طبى جسدى ، وبعد إجراء الفحص وأخذ التاريخ المرضى يقرر الطبيب ما إذا كان الاضطراب عصبياً أو نفسياً أو الانسمام بمادة أو أعراض انسحاب لمادة ، ويجب أن يتم الفحص وأخذ التاريخ المرضى بسرعة بما يتناسب مع موقف الطوارئ .

والطوارئ النفسية عديدة تشمل عدوان الشخص العنيف المتوجة لذاته فى صورة انتحار ومحاولاته ، والعنف المتوجه للآخرين فى صورة قتل أو إيذاء شديد ، أو معتدى عليه فى صورة ضحية اغتصاب ، أو طفل تم إيذاؤه جسمانياً ، أو أعراض ذهانية حادة سواء كانت موجبة شديدة (كاضطراب الإدراك والتفكير الشديد المصحوب بسلوك مزعج) أو سالبة شديدة مثل الذهول الاكتئابى أو الكاتونى ، أو أعراض الانسمام أو الانسحاب لمادة ما ، أو نوبات قلق حادة مثل نوبات الهلع أو ظهور أعراض تحولية مفاجئة كما يحدث فى حالات الهستيريا التحولية ، أو النوبات الصرعية .. ولقد ناقشنا كل هذه الاضطرابات فى مواضعها المختلفة ، ولكننا نود أن نلقى مزيداً من الضوء على موضوع الانتحار كأهم حالات الطوارئ النفسية وأخطرها وهو موضوع الصفحات التالية .

الانتحار (Suicide)

الانتحار هو إنهاء الشخص لحياته عن قصد ، ويعتبر الانتحار أكثر الطوارئ النفسية ، ويصعب التعرف على المنتحرين بدقة ، وهم غالباً غير قابلين للعلاج فى العيادة الخارجية ، ويقاومون دخول المستشفيات وعرضة لتكرار الانتحار أثناء العلاج .

● انتشاره :

يصل معدل انتشار الانتحار في الدول المتقدمة إلى ٢٥ حالة انتحار في كل مائة ألف من المواطنين ، ويقل عن ذلك في الدول الأقل تقدماً حيث قدر بعشر حالات في كل مائة ألف ، ولكن هذه الأرقام لا تمثل الحقيقة تماماً ، إذ أن هناك من يموتون منتحرين دون أن يعرف ذلك ، ومن يلقون حتفهم في حوادث سيارات ويكون الدافع الحقيقي هو الانتحار ، وهناك من ينتحرون ببطء مثل من يهمل في اتباع نظام غذائي أو علاجى هام لحياته مثل مريض السكر وضغط الدم المرتفع ، كما أن الإدمان قد يكون هدفاً للانتحار البطيء حيث يكون ظاهرة الحصول على لذة المخدر وباطنه عدااء الشخص لنفسه ورغبته في تدميرها .. ورغم أن محاولات النساء الانتحار أربع أمثالها بين الذكور ، إلا أن الانتحار الذى يودى بالحياة فعلاً أكثر بين الذكور عنه بين الإناث بنسبة (٣ : ١) .. ويظهر العنف في الطرق التى يلجأ إليها الرجال خلافاً للنساء . فالرجال ينتحرون بإطلاق الرصاص على أنفسهم أو الشنق أو إلقاء أنفسهم من مكان مرتفع ، أما النساء فينتحرون عادة بابتلاع العقاقير أو السم ، ولعل المقارنة واضحة في انتحار (أنطونيو) بالسيف ، بينما انتحرت حبيبته (كليوباترا) بسم الأفعى .

■ العوامل المرتبطة بالانتحار:

١ - اضطراب نفسى : لوحظ أن أكثر من (٩٠ %) ممن ينتحرون أو يحاولون الانتحار يوجد لديهم اضطراب نفسى مما يلى :

(أ) الاكتئاب : وهو أكثر التشخيصات النفسية ارتباطاً بالانتحار إذ أن المكتئب محبط ورافض للحياة ، و ينتحر حوالى (١٥ %) ممن لديهم اكتئاب شديد ، وبين المنتحرين لوحظ أن (٨٠ %) منهم كانوا يعانون من الاكتئاب ، وتزداد خطورة الاكتئاب حين تصاحبه أعراض ذهانية .

(ب) الادمان : لوحظ أن (٢٥ %) من المنتحرين كانوا مدمنين ، والإدمان لبعض المواد يطلق الشيطانات لدى المرضى المكتئبين فيجعلهم يقدمون على الانتحار .

(ج) الاضطرابات النفسية التابعة للولادة والاضطراب السابق لنزول الحيض .

(د) الذهان : الذى توجد فيه هلاوس تحت على تدمير الذات أو ضلالات الشعور بالذنب وهذه تحمل مخاطر شديدة للانتحار .

(هـ) اضطرابات الشخصية : حيث مضطرب الشخصية المزمّن السّامة والملل كثيراً ما يحاول الانتحار .

٢- وجود تاريخ لمحاولات انتحارية أو تهديدات : فلقد لوحظ أن (٢٥ - ٥٠ ٪) ممن ينتحرون قد سبق أن حاولوا الانتحار ، حتى من يحاولون الانتحار كطريقة لجذب الانتباه قد تنجح إحدى المحاولات المتكررة فى إنهاء حياتهم .

٣- السن : لوحظ أن الانتحار غير شائع بين الأطفال ، ولكنه يكثر بين المراهقين و يصل إلى قمته لدى الرجال مع تقدم العمر ليصل إلى قمته عند عمر الخامسة والسبعين ، وفى النساء بين الخامسة والخمسين والستين ، كما لوحظ أن أزمة منتصف العمر تتناقص أهميتها فى حدوث الانتحار .

٤- الجنس : الرجال أكثر انتحاراً كما سبق رغم كثرة المحاولات من النساء .

٥- العوامل الاجتماعية :

الحالة الاجتماعية : حيث تزداد الخطورة للانتحار بين غير المتزوجين والأرامل والمطلقين ، ومن يعيشون وحدهم وفشلوا فى حياتهم العاطفية كما يكثر الانتحار فى المناطق الحضرية عن المناطق الريفية .

٦- العوامل المهنية : يكثر بين غير المهرة من العمال والعاطلين وبين بعض المهن مثل رجال البوليس والموسيقيين والمحامين والأطباء كما أن الفشل المهني كثيراً ما يرتبط بحدوث الانتحار .

٧- عوامل صحية : لوحظ أن (٥٠ ٪) ممن حاولوا الانتحار لديهم مرض جسمانى أو ألم مزمن أو أجرى لهم عملية جراحية حديثاً أو أن مرضهم سوف يودى بحياتهم مثل السرطان أو الإيدز .

٨- وجود تاريخ عائلي لحالات انتحار أو محاولات .

٩- عوامل بيولوجية : حيث لوحظ نقص السيروتونين واتساع بطينات الدماغ وشذوذ تخطيط الدماغ في بعض الحالات ، وهناك نظريات تفسر حدوث الانتحار أهمها النظرية الاجتماعية عن الانتحار التي ذكرها (إميل دور كايم) في كتابه عن الانتحار عام (١٨٩٧) ، حيث يرى من منظور اجتماعي بحث أن الإنسان ينتحر أو يعيش طبقاً لموقفه من الجماعة التي يعيش فيها ، فهو ينتحر عندما تقل ارتباطاته الاجتماعية (Egoistic Suicide) ، ولذا فإن الانتحار أكثر بين المطلقين الذين ليس لديهم أطفال ، أى الشخص الذى يصبح وحيداً لا يستمد دوافع لوجوده من خلال علاقات تربطه بالآخرين ، أو أنه على النقيض من ذلك لديه روابط اجتماعية قوية جداً حتى أنه ليضحى بنفسه من أجل الجماعة (Altruistic Suicide) ، مثلما يحدث في بعض الطوائف اليابانية ، أو أنه ينتحر لأن علاقاته الاجتماعية قد اضطربت فلا يستطيع تحملها و يقرر إنهاء حياته (Anomic Suicide) أما النظرية الدينامية فتري أن طاقة العدوان تتوجه ضد الذات بدلاً من أن تتوجه إلى شخص المحبوب الذى كان مفروضاً أن تتجه إليه ، كما أن شدة وصلابة الأنا الأعلى وتسلمته وقسوته تلعب دوراً هاماً في الشعور بالذنب الذى يتقرر بعده الانتحار، تحت تأثير الشعور لدى المنتحر بأنه سيء ولا يستحق الحياة ، ويجب أن يكفر عما اقترفه من ذنوب قد لا تكون حقيقية ولكن على مستوى الخيال .

ولقد صنف الانتحار في دراسة بارزة إلى أربعة أنواع :

- ١- منتحرون لاقتناعهم أن الانتحار وسيلة لحياة أفضل .
 - ٢- منتحرون لسبب ذهاني مع ضلالات وهلاوس .
 - ٣- انتحار كنوع من الانتقام من شخص المحبوب .
 - ٤- عجوز أو شيخ يشعر بالوهن والضعف و يرى الانتحار راحة له .
- يجب تقويم المحاولة الانتحارية نفسياً من خلال الإجابة على الأسئلة الآتية :
- ١- هل الطريقة التي اختارها خطيرة فعلاً ؟

٢- هل دهش المريض لنجاته من الموت ؟ هل كان يثق في أن الطريقة التي استخدمها سوف تؤدي به ؟

٣- هل كان المريض يرغب في توصيل رسالة لمن حوله ؟ أو أنه فقط أراد الموت ؟

٤- هل نفذ الخطة بطريقة يسهل اكتشافها أم لا ؟

٥- هل كانت الخطة اندفاعية أم أنها شيء مخطط ؟

٦- هل الظروف النفسية والحياتية التي أدت إلى المحاولة قد تغيرت أم لا ؟

وهناك عوامل تزيد من احتمال حدوث الانتحار، يجب الاهتمام بها وهي :

١- أن يوضح خطته للانتحار .

٢- حدث أن حاول مرة سابقة .

٣- وجود قلق أو اكتئاب أو إرهاق .

٤- توفر وسيلة للانتحار .

٥- التحدث عن الانتحار .

٦- تحضير نفسه للانتحار بإعطاء حاجاته للآخرين أو كتابة ذلك .

٧- أزمة حياتية مثل خزن أو إجراء حراحة .

٨- الهدوء الذي يبدو عليه بعد فترة توتر فيبدو وكأنه قد حسم أمره .

٩- تاريخ أسرى للانتحار .

١٠- التحسن المفاجيء دون مبررات منطقية كافية .

● العلاج في الحالات الانتحارية :

ليس كل من يفكرون في الانتحار يستحقون أن يدخلوا مستشفى ولكنه قرار الأخصائي المعالج ، فبعضهم يمكن علاجهم في العيادة الخارجية ولكن ليس في غياب تدعيم اجتماعي ، مع عدم وجود خطة للانتحار، وعدم سلوك اندفاعي فإذا لم تتوفر هذه الصمات الثلاث (وجود تدعيم اجتماعي وعدم خطة وعدم

اندفاعية) يفضل ادخاله مستشفى .. وهناك وسائل وقائية يمكن مساعدة الشخص الانتحارى بها وهى :

- ١ - تقليل الألم النفسى بتعديل الجو الأسرى .
- ٢ - بناء دعم واقعى بتفهم أن المريض لديه شكوى واقعية .
- ٣ - تقديم بدائل للانتحار .

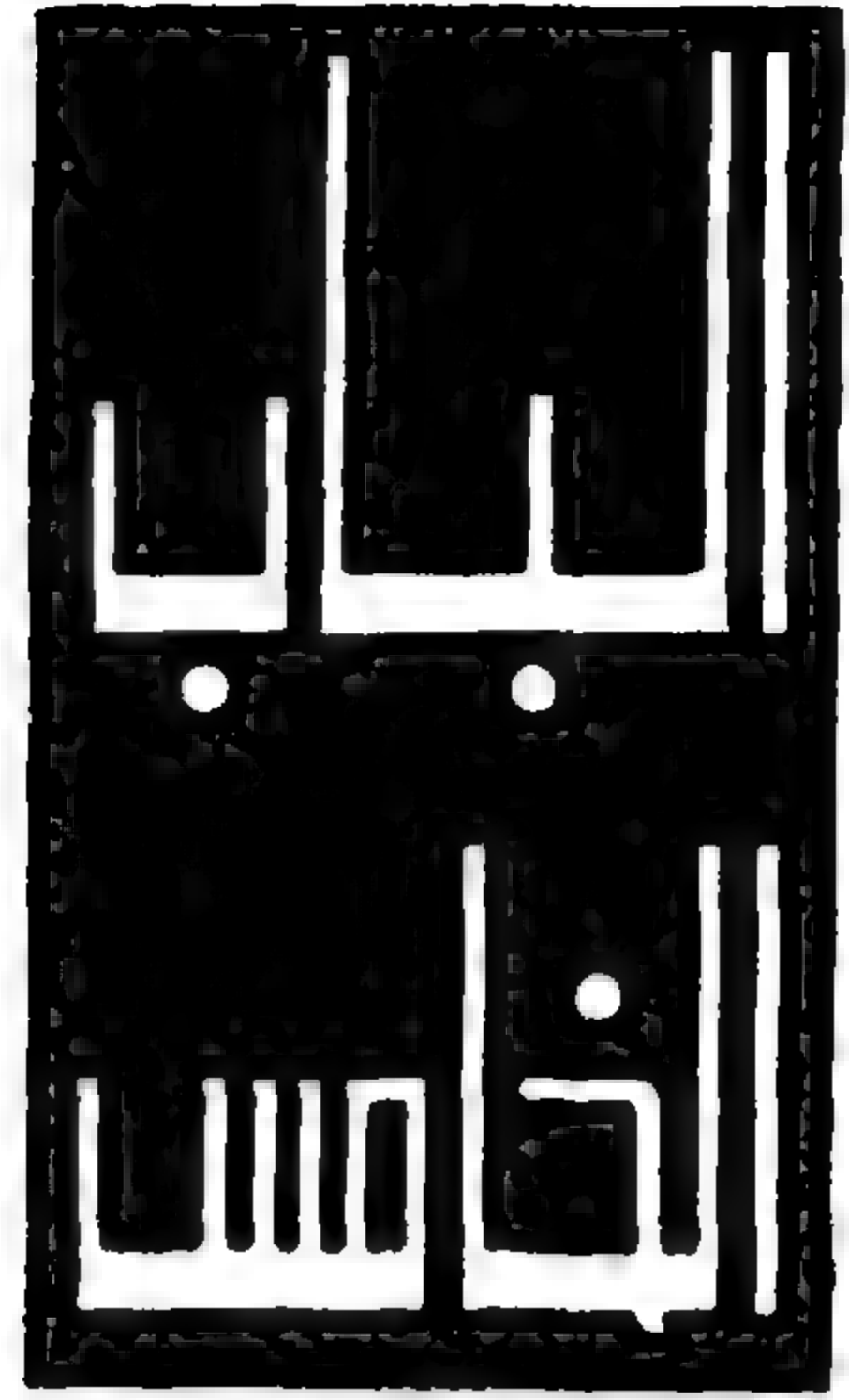
وكثيرون من أطباء النفس يعتقدون أن أى مريض سبق أن حاول الانتحار يجب وضعه فى مستشفى .. ويمكن إعطاء المريض مضادات الذهان أو الاكثاب مع علاج نفسى فردى وجماعى وأسرى مع التدعيم الاجتماعى والملاحظة داخل المستشفى ، أما باقى السبل العلاجية فتعتمد على تشخيص المريض ، ويجب مراعاة أن تحسن المريض المكتئب يجعله عرضة لمخاطر الانتحار، لأن تحسن الاكثاب يحسن الطاقة الجسمية ويجعله قادراً على تنفيذ خطة الانتحار .

ويصنف مرضى الانتحار حسب التنبؤ بالمصير إلى :

- ١ - انتحاريين بصورة حادة والتنبؤ بمصيرهم حسن .
- ٢ - مزمنين فى محاولات الانتحار وهؤلاء يصعب علاجهم ويجهدون من يعنى بهم .

ويجب أن يتم تقويم حالة المريض الانتحارى على فترات متقاربة بخصوص خطورة انتحاره ، مع وضع خطة علاجية على مستوى عال من الأمان وتنفيذها بواسطة الفريق المعالج .





العلاج

العلاج العضوي .
العلاج النفسي والإجتماعي

مقدمة

إذا كان المرض يمثل مشكلة بالنسبة للمريض فإن العلاج يمثل الحل لهذه المشكلة ، وكما أنه لكل مشكلة حل خاص فكل مرض له علاج خاص ، لذلك كانت أهمية الخطوات التي أشرنا إليها سابقا من رصد الظواهر المرضية وتشخيصها كي تتمكن من رسم سياسة العلاج ..

والعلاج في الطب النفسي مثل باقى الطب يهدف إلى تحقيق الشفاء التام ، ولكن حين يتعذر ذلك يصبح الهدف هو تخفيف الأعراض المرضية وتقليل معاناة المريض ، ومساعدته على التكيف إذا كانت العلاقة الاجتماعية هي موضع الداء ..

وبالرغم من أن العلاج في الطب النفسي مثل باقى الطب يعتمد على نوع المرض وسببه إلا أننا سوف نعرض للعلاج بوجه عام وسنضمنه تخصيصا ما أمكن ذلك .

والعلاج يشمل الأنواع الرئيسية الآتية :-

١ - العلاج الكيميائي (بالعقاقير) .

٢ - العلاج بالكهرباء .

- ٣- العلاج الجراحي .
٤- العلاج النفسى والاجتماعى .

وتتم هذه الأنواع من العلاجات تحت إشراف الفريق العلاجى .

الفريق العلاجى

يتكون الفريق العلاجى من الطبيب النفسى والاختصاصى النفسى والاختصاصى الاجتماعى والمرضة .

- ١- الطبيب النفسى : وهو الطبيب الذى درس تخصص الأمراض النفسية والعصبية وهو الذى يقوم بتشخيص المريض أكلينيكيا وفحصه جسمانيا وهو المصرح له بوصف الدواء وجلسات الكهرباء .
- ٢- الاختصاصى النفسى : وهو الذى يشارك فى العملية التشخيصية عن طريق اجراء الاختبارات النفسية و يشارك فى فهم ديناميات المريض النفسية وعلاجه نفسيا إذا تلقى تدريبيا خاصا فى ذلك .
- ٣- الاختصاصى الاجتماعى : ودوره فى مساعدة المريض اجتماعيا وماديا إن أمكن ودوره خاصة فى فهم الظروف الاجتماعية للمريض والقيام بالعلاج الاجتماعى والبيئى .
- ٤- الممرضة النفسية : وهى تتلقى تدريبيا خاصا لفهم كيفية معاملة المرضى النفسيين وهى أكثر أعضاء الفريق التصاقا بالمريض وهى التى تنفذ تعليمات الطبيب النفسى من إعطاء العلاج أو الملاحظة للوظائف الحيوية (ضغط الدم ونبض وحراره) أو ملاحظة نفسية وسلوكية التى من خلالها يتم تعديل العلاج بواسطة الطبيب المعالج .



الفصل الأول

العلاج العضوى

أولاً : العلاج الكيميائى (بالعقاقير)

حيث تستخدم العقاقير لاجداث تغير كميائى يؤدى إلى تغير فى الانفعال وتوجد مواصفات عامة للعقار النموذجى الذى يفضل أن يستخدم هى :-

- ١- أن يخفف الأعراض وفى أقل وقت ممكن .
- ٢- وأن يفيد جميع المرضى أو أغلبهم .
- ٣- ولا يسبب ادمانا .
- ٤- ولا تقل استجابة المريض للعقار بمرور الوقت والاستخدام .
- ٥- ليس ساما فى حدود الجرعة العلاجية .
- ٦- أعراضه الجانبية قليلة فى حدود المستطاع .
- ٧- ليس قاتلا إذا أعطى بجرعات كبيرة .

٨- يمكن أن يستخدم دون خوف في حالات مرضى القسم الداخلى أو العيادة الخارجية .

٩- ولا يؤثر على الوظائف العقلية أو السلوكية .

ولكى نصف عقار كعلاج يجب أن يكون الطبيب لديه المهارات الآتية :-

١- القدرة على التشخيص الصائب .

٢- اختيار العقار المناسب .

٣- إعطاء هذا العقار بجرعة مناسبة واتباع النظام الخاص بتقديم هذا العقار .

٤- المتابعة الاكلينيكية الجيدة .

يلاحظ أن العقار الذى يصفه الطبيب إنما هو رمز (Symbol) لما بين الطبيب والمريض من علاقة علاجية ، وبناءا على هذه العلاقة سوف يكون انتظام المريض فى تعاطى العقار من عدمه ، وهناك مقولة شائعة تلخص أهمية العلاقة العلاجية هى (أن أكثر عقار يصفه الطبيب للمريض هو شخصية الطبيب) ، كما أن هناك دورا للايحاء يصاحب المفعول الفارماكولوجى للعقار تم تقديره بنسبة (٣٥ - ٤٠ %) يمكن أن يضيفها الطبيب لمفعول العقار بالعلاقة الطيبية المرضية الجيدة .

ويمكن أن تقسم العقاقير إلى المجموعات الآتية :-

أ- مضادات الذهان .

ب- مضادات الاكتئاب .

ج- مضادات القلق .

د- أملاح الليثيوم .

هـ- عقار الكاربامازين .

أ- مضادات الذهان

(Antipsychotics) (Neuroleptics)

وظهرت هذه المجموعة فى بداية الخمسينيات وأول ما ظهر منها هو الزرزين والكلوربرومازين حيث كان الأول يستخدم فى علاج ارتفاع ضغط الدم والثانى

(الكلوربرومازين) مضاد للهستامين ، ثم تبعها مجموعة من مشتقات الفينوثيازين التى تشبه الكلوربرومازين من حيث المفعول والتركيب ولكن أقل فى أعراضها الجانبية ، ثم تلا ذلك اكتشاف مجموعات أخرى مثل مجموعة البيوتيرفينون . وتعمل مضادات الذهان عن طريق قفل مستقبلات الدوبامين التالية للمشبك (Post- synapticreceptor blockade) التى يطلق عليها (D2) حيث تقل تبعاً لذلك الأعراض الذهانية .

وتستخدم مضادات الذهان فى علاج الحالات الآتية :-

- ١ - الفصام .
 - ٢ - اضطراب الفصام الوجدانى .
 - ٣ - الهوس .
 - ٤ - الأعراض الذهانية المرتبطة بالشيخوخة .
 - ٥ - زملة تورت (Tourette's syndrome) ، والرقص (Chorea)
 - ٦ - الاضطرابات التى تشبه الفصام الذهانى .
 - ٧ - الاضطراب العقلى العضوى مثل الهذيان أو الانسمام بالامفيتامين
 - ٨ - فى حالات القلق كمضادة للقلق بجرعات صغيرة .
- وتشمل مجموعة مضادات الذهان المجموعات الفرعية الآتية :-

- ١ - مجموعة الفينوثيازين (Phenothiazines) .
 - ٢ - مجموعة الثيوزانثين (Thioxanthines) .
 - ٣ - مجموعة البيوتيروفينون (Buterophenones) .
 - ٤ - مجموعة أخرى من العقاقير المضادة للذهان .
- وفى السطور التالية سوف نورد كل من هذه المجموعات الفرعية بشئ من التفصيل .

(١) مجموعة الفينوثيازين

(Phenothiazines)

وهذه المجموعة أول ما عرف من مضادات الذهان وكان أولها هو الكلوربرومازين وكان ذلك من تجربته كمضاد للهستامين (مضاد للحساسية) .. وتشمل بدورها مجموعات فرعية أصغر هى :-

١ - مجموعة البدای میثیل آمین (Dimethylamine) ومنها (الكلوربرومازين) الذى يعرف تجاريا باسم (الارجاكتيل) (Largactil) أو (البروماسيد) و يؤخذ فى الاعتبار خفضه لضغط الدم بدرجة ملحوظة كتأثير جانبى غير مرغوب .

٢ - مجموعة البيريدين (Piperidine) ومنها الثيوريدازين (Thioridazine) الذى يسمى تجاريا باسم (الميلريل) (Melleril) ، وتتراوح جرعته العلاجية (من ١٠٠ مجم إلى ٨٠٠ مجم) يوميا .. ويمكن اعطائه بجرعات (١٠ - ٣٠ مجم) كمضاد للقلق .

٣ - مجموعة البيبرازين (Piperazine) .. ومنها (الترای فلوبرازين) (Trifluoperazine) الذى يعرف تجاريا باسم (ستلازين) (Stelazine) وتتراوح جرعته العلاجية من (٣ مجم إلى ٣٠ مجم) يوميا . ، و يعطى بجرعات أقل فى حالات القيء والقلق ، و يوجد منه أقراص (١ ، ٥ مجم) وكبسولات (٢ ، ١٥ مجم) وشراب بتركيز (١ مجم فى كل ٥ سم^٣) وامبولات (١ مجم) تعطى حقنا بالعضل .

ومنها أيضا (البرفينازين) (Perphenazine) الذى يعرف تجاريا باسم (ترای لافون) (Trilafon) وتتراوح جرعته العلاجية (من ١٦ مجم إلى ٦٤ مجم) ، ومنها الفلوفينازين (Fluphenazine) الذى يعرف تجاريا باسم (المودتين) (Moditen) وجرعته العلاجية (من ٣ مجم إلى ١٥ مجم) ، وهذا العقار تم تحويل جزئى الكحول السحرفية إلى استر (Esterified) وهذا يجعله بطيء الامتصاص فيصبح طويل المفعول ، وذلك بواسطة تحويله إلى (إنثات) (Enanthate) الذى يسمى تجاريا باسم (موديكات أو مودتين) حقن ، وجرعته العلاجية ٢٥ مجم كل اسبوعين إلى ثلاثة أسابيع أو بتحويله إلى (ديكنوات) أى يصبح (فلوفيتازين ديكنوات) (Fluphenazine decanoate) الذى يسمى تجاريا باسم (أناتنسل) (Anatensol) وجرعته العلاجية ٢٥ مجم كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع .

٢ - مجموعة الثيوزانثين

(Thioxanthines)

ومن أمثلتها (الكلور بروثكسين) (Chlorprothixene) الذي يسمى تجاريا باسم (تاركتان) (Taractan) وجرعته العلاجية (من ٥٠ إلى ١٠٠ مجم) يوميا .. وكذلك (الفلوبنثكسول) (Flupenthixol) الذي يسمى تجاريا باسم (فلونكسول) (Fluanxol) وجرعته العلاجية (من ١ إلى ٣ مجم) يوميا .. وهذا الأخير يتحوّله إلى (فلوبنثكسول ديكنوات) (Flupenthixol Decanoate) يصبح طويل المفعول و يسمى تجاريا باسم (ديبكسول ديبو) (Depixol Depot) وجرعته العلاجية (من ٢٠ إلى ٤٠ مجم) بالحقن في العضل كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع ، والفلونكسول المتخزن (Fluanxol Depot) أيضا الذي يوجد منه ٢٠ ، ٤٠ ، ١٠٠ مجم حقن تعطى حقنا بالعضل كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع .

٣ - مجموعة البيوتيروفينون

(Buterophenones)

ومن أمثلتها (الهالوبيريدول) (Haloperidol) الذي يعرف حاليا باسم (السريناس) (Serenace) أو (الصفيناس) (Safinace) وجرعته العلاجية (من ٦ إلى ١٢ مجم) يوميا ، ومنه مركبات تعطى حقنا بالعضل أو الوريد في الحالات الحادة (هالدول) (Haldol) (٥ مجم) ، وأقراص (٥٠٠ ، ١٥٠ ، ٥٠ مجم) ومحلول يعطى كقطرات بتركيز (٢ مجم في كل ١ سم ٣) .

٤ - مجموعة أخرى من العقاقير المضادة للذهان

ومن أمثلتها (السليبريد) (Sulpiride) الذي يعرف تجاريا باسم (دوجماتيل) (Dogmatil) وجرعته العلاجية (من ٤٠٠ إلى ١٠٠٠ مجم) يوميا .. وكذلك (البيموزيد) (Pimozide) الذي يعرف تجاريا باسم (أوراب) (Orap) و يعطى كجرعة واحدة يوميا (من ١ إلى ٤ مجم) .. ومنها أيضا (الكلوزابين) (Clozapine) الذي يعرف تجاريا باسم (ليونكس) (Leponex) ولكنه يسبب نقصا حادا في كرات الدم البيضاء مما يجعله محظور الاستخدام في بعض دول العالم .

وتتميز مجموعة الذهان باتساع مدى جرعتها العلاجية ، مما يمكن من اعطاء جرعات علاجية كبيرة (Mega doses) ، وتعطى الجرعة مقسمة في بادىء الأمر للوصول إلى التركيز العلاجي في البلازما الذى يتحقق بعد خمسة أيام من بدء العلاج ، ثم تقلل الجرعة تدريجيا بعد الوصول إلى التحسن الاكلينيكي المرغوب ويقلل كذلك عدد مرات إعطائها إلى أن تصبح جرعة واحدة تعطى في المساء (وهذا يقلل من بعض الآثار الجانبية للعقار مثل التهذئة والأعراض المماثلة لمرض باركنسون والتي تختفى بالنوم) ، حيث أن مفعول الجرعة المتمثلة في نصف عمر العقار (Half-life) تصل إلى عشرين ساعة .

وإذا لم يمكن السيطرة على الأعراض الذهانية خلال أسبوعين من بدء اعطاء هذه العقاقير فإن هذا يعد فشلا قد يرجع إلى عدم تعاطى المريض للعقار، أو لوجود آفة عضوية ، أو تأثير دوائي (Drug-interaction) كالذى تحدثه مضادات الحموضة والسيميتيدين (Cimetidine) حيث تقلل امتصاص مضادات الذهان إذا أعطيت خلال ساعتين من تعاطيها ، وكذلك مضاد النشاط الكولينى التى تقلل من الامتصاص مع إحداث تأثير ضد النشاط الكولينى ينتج عنه تسمم .

وهناك تأثير دوائي آخر مع مضادات الاكتئاب حيث يقلل أيض كل منهما فيزيد تركيزهما في البلازما ، فتحدث تأثيرات متزايدة من التهذئة وهبوط ضغط الدم وأعراض نقص النشاط الكولينى .. كما أن هناك تأثيرات أخرى مع مضادات ضغط الدم المرتفع ومثبطات الجهاز العصبى المركزى مثل المهدئات والكحول والأفيون ومضادات الحساسية .

ومن أهم التأثيرات الجانبية للعقاقير المضادة للذهان :—

١— تأثيرات عقلية وسلوكية غير مرغوبة : مثل تغييم الوعي ، والتصلب (التخشب) المشابه لمرض باركنسون ، والاكتئاب الكاذب (Pseudodepression) .

٢— تأثيرات عصبية غير مرغوبة : مثل الزلز (Akathisia) وهو عدم الاستقرار الحركى ، وأعراض تشبه مرض باركنسون ، وخلل التوتر الحاد (Acute dystonias) واضطراب الحركة الآجل (Tardive dyskinesia) بالإضافة إلى تقليل عتبة التشنجات التى تبرز خاصة مع مجموعة الفينوثيازين .

٣- تأثيرات غير مرغوبة على الجهاز العصبي المستقل : مثل جفاف الحلق واهتزاز الرؤية وصعوبة التبول والامساك وانخفاض ضغط الدم عند القيام من السرير (وخاصة مع عقار الكلوربرومازين) .

٤- تأثيرات أيضية وغدية غير مرغوبة : مثل السمنة وانقطاع الطمث الذي يمكن علاجه بعقار البروموكريبتين (Promocriptine) الذي يعرف تجاريا باسم البارلودل (Parlodel) .

٥- تأثيرات تفاعل حساسية : مثل النقص الحاد في كرات الدم البيضاء (كما يحدث مع عقار ليبونكس) ، وارتفاع درجة الحرارة الخبيث واليرقان والتهاب الشبكية الصباغي كما يحدث مع الجرعات الكبيرة من عقار الثيوريدازين أكثر من ٨٠٠ مجم يوميا .

يتم اختيار العقار طبقا لاستجابة المريض السابقة (أو استجابة أحد أقاربه) وتحمله للأعراض الجانبية للعقار، وفي حالات تعاطى العقار لفترات طويلة قد تحدث إطاقة للعقار (Tolerance) تسبب أعراض انسحاب للعقار عند إيقافه ، ولكن أغلب العلماء يعتبرونها رد فعل لوقف العقار، حيث يلزم حدوث مجموعة جديدة من الأعراض تترتب على وقف العقار لتشخيص لزمة الانسحاب .

وهناك محاذير يمنع معها إعطاء العقاقير المضادة للذهان هي :-

١- حدوث تفاعل حساسية خطير مع هذه العقاقير .

٢- تعاطى المريض لعقار يثبط الجهاز العصبي المركزي مثل الكحوليات ومشتقات الأفيون .

٣- وجود اضطراب شديد بالقلب .

٤- وجود غلوك ضيق الزاوية بالعينين (Narrow-angle glaucoma)

٥- خطورة شديدة لحدوث نوبات صرعية .

ويفضل مع بدء العلاج إجراء استقصاء لوظائف الكبد وعد كرات الدم البيضاء وعمل رسم قلب .

ولقد جرب حديثا إعطاء حمض الفالبرويك مخلوطا مع مضادات الذهان في الحالات ذات الأعراض الذهانية غير القابلة للتحسن بمضادات الذهان على حده ، فأعطى ذلك تحسنا ، وكان ذلك في حالات ذات تخطيط طبيعي للدماغ .

بـ مضادات الاكتئاب

(Antidepressants)

قدمت مضادات الاكتئاب للاستخدام الطبى فى أواخر الثلاثينيات ، حيث أستخدم الأمفيتامين فى علاج الاكتئاب .. ثم لوحظ فى أوائل الخمسينيات أن (الابرونيازيد) يسبب سرورا لمرضى الدرن الذين يتعاطونه على عكس (الابرونيازيد) (Isoniazide) الذى سبب اكتئاب للمرضى الذين يتعاطونه كعلاج للدرن (T. B) ، وبدراسة العقارين معمليا لوحظ أن (الابرونيازيد) (Iproniazide) أكثر تشبيها للإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية .. ثم فى عام (١٩٥٤) لوحظ أن عقار (الرزربين) (Reserpine) يسبب الاكتئاب وهو يغير من الأمنيات الحيوية فى النهايات العصبية لذلك اتجه الاهتمام إلى دراسة العقاقير التى تزيد الأمنيات الحيوية فى الدماغ ، ولما كان الإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية (M. A. O) يكسر هذه الأمنيات ، فإن استخدام مثبطات هذه الانزيمات (M.A.O. Inhibitors) يؤدى إلى زيادة هذه الأمنيات و يعالج الاكتئاب .

وفى عام (١٩٥٧) حيث كان يدرس البرومازين كمضاد للاكتئاب (Promazine) ووجد له بعض الفوائد وبناءا عليه أكتشف (الايبرامين) (Imipramine) كمضاد للاكتئاب جديد ، تم تتابعت المركبات ثلاثية الحلقات المضادة للاكتئاب (Tricyclic Antidepressants) .

ثم قدم فى أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات عدد من العقاقير المضادة للاكتئاب أطلق عليها الجيل الثانى من مضادات الاكتئاب (Second-Generation of Antidepressants) .

وتستخدم مضادات الاكتئاب فى الحالات الآتية :-

- ١ - الاكتئاب .
- ٢ - التبول اللاإرادى .
- ٣ - الآلام المزمنة (كمكافئ للاكتئاب) .
- ٤ - حالات أخرى مثل : الرهاب والوسواس القهرى واضطراب نقص الانتباه وحالات السبخ (النوم الانتيابى) (Narcolepsy) ونوبات الهلع الحادة .

٥ - اضطرابات الأكل : حيث تعالج القهم العصبي والشره المرضي للاكل
(Anorexia & Bulimia) .

أنواع مضادات الاكتئاب :

- (١) مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية (M. A. O. I.)
(Mono Amine Oxidase Inhibitors) .
- (٢) مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (Tricyclic Antidepressants) .
- (٣) عقاقير محاكية الودي (ذات مفعول شبيه بالجهاز السمبثاوى)
(Sympathomimetics) .
- (٤) الجيل الثانى من مضادات الاكتئاب
(Second-Generation Drugs) .

(١) مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية

(M. A. O. I.)

ومفعول هذه العقاقير هو تثبيط الإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية وبناءا عليه تزيد الامنيات الحيوية و يقل الاكتئاب ، وهذا التثبيط للإنزيم لا يلغى (Irreversible) ولكى يعطى مفعولا علاجيا يجب أن يكون التثبيط من ٦٠ إلى ٨٠ ٪ من الإنزيم ، ويمكن أن يتحقق ذلك بجرعة مقدارها ١ مجم لكل كيلوجرام من وزن الجسم من (الفنلزين) (Phenelzine) ، و يقاس مستوى التثبيط فى الصفائح الدموية .

وتتكون من مجموعتين احدهما : (هيدرازيد) (Hydrazide) مثل الفنلزين الذى يعرف تجاريا باسم (نارديل) (Nardil) وجرعته العلاجية (من ٤٥ إلى ٧٥ مجم) يوميا ، ومنها أيضا (ايزوكربوكسازيد) (Isocarboxazide) الذى يعرف تجاريا باسم (ماربلان) (Marplan) وجرعته العلاجية (من ٢٠ إلى ٦٠ مجم) يوميا .

والثانية : تسمى (غير هيدرازيدز) (non- Hydrazides) مثل عقار (ترانيل سيبرومين) (Tranylcepromine) الذى يعرف تجاريا باسم (بارنات) (Parnate) وجرعته العلاجية (من ١٠ إلى ٣٠ مجم) يوميا .

— يلاحظ خطورة تعاطى المواد التى تحتوى التيرامين (مثل الجبن المعتق والسردين والفسيح) مع هذه المركبات حيث تحدث تأثيرات محاكية الودى شديدة تؤدى إلى ارتفاع فى ضغط الدم فيشعر المريض بالصداع واختلال ايحاء القلب والعرق واحمرار الوجه وتصلب الرقبة والقيء .

— عند اعطاء مضادات اكتئاب أخرى بعدها يجب الانتظار مدة أسبوعين .

(٢) مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات

وهذا المركبات تشبه الفينوثيازين من حيث التركيب الكيميائى إلى حد كبير وإلى حد أقل فارماكولوجيا .. ومفعولها عن طريق قفل الآلية التى تعمل على إعادة أخذ الناقلات العصبية (Neurotransmitters) فى الدماغ ، وهذا يؤدى إلى تأخير إزالة الأمنيات الأحادية من مواضع المستقبلات البعد مشبكيه (Post-synaptic) .

ومن هذه المركبات (الايبرامين) (Imipramine) الذى يعرف تجاريا باسم (التوفرانيل) (Tofranil) وجرعته العلاجية (من ٧٥ إلى ٢٠٠ مجم) ، و(الاميتريبتلين) (Amitriptyline) الذى يعرف تجاريا باسم (تريبتوزول) (Tryptizol) وجرعته العلاجية (من ٧٥ إلى ٢٠٠ مجم) ، و(الكلوميبرامين) (Clomipramine) الذى يعرف تجاريا باسم (أنافرانيل) (Anafranil) وجرعته العلاجية (من ٧٥ إلى ٣٠٠ مجم) ، و(النورتريبتلين) (Nortriptyline) الذى يعرف تجاريا باسم (افنتيل) (Aventyl) وجرعته العلاجية من (٧٥ إلى ١٥٠ مجم) ، وأضيف إلى (النورتريبتلين) الفلوفينازين وأطلق عليه تجاريا اسم (الموتيفال) (Motival) .

٣- العقاقير محاكية الودى المضادة للاكتئاب

وهى أقدام العقاقير التى استخدمت علاج الاكتئاب ومن أمثلتها (الأمفيتامين) ، (Dextroamphetamine) و يعرف تجاريا باسم (انوركسين) (Anorexene) ، (Dexdrine) و(ميثيل فينيدات) (Methyl phenidate) الذى يعرف تجاريا باسم (Ritaline) .. وهذه المجموعة كمضادة للاكتئاب ضعيفة المفعول ولكنها تفيد فى بعض الحالات .

(٤) الجيل الثانى من العقاقير المضادة للاكتئاب

وتشمل مجموعات فرعية منها :

(أ) مركبات ثلاثية الحلقات غير العادية (unusual tricyclics) وتتميز بأنها أقل سمية لعضلة القلب مثل (اموكسابين) (Amoxapine) .

(ب) المركبات رباعية الحلقات : وهى ذات أعراض جانبية أقل من المركبات ثلاثية الحلقات وأقل فى أثر التهدئة وأقل فى تأثيرها على عضلة القلب ومن أمثلتها (المابروتيلين) (Maprotyline) الذى يعرف تجارياً باسم (لوديوميل) (Ludiomil) وجرعته العلاجية (من ٧٥ مجم إلى ٣٠٠ مجم) يوميا .

(ج) البنزوديازيبين (Benzodiazepines) كمضادات للاكتئاب : حيث أشارت دراسات كثيرة إلى فاعليتها كمضاد للاكتئاب المصاحب بقلق الا أن استخدام هذه العقاقير يجب أن يخضع لنظام خاص سوف نوردته فى حينه .

ولمضادات الاكتئاب تأثيرات جانبية من أهمها :

١ - التهدئة الزائدة وتظهر فى صورة الاحساس بالاجهاد والرغبة فى النوم ونقص اليقظة الذى يصل إلى درجة تغييم الوعى .

٢ - الرعشة وزيادة ضربات القلب وجفاف الحلق والامساك واحتباس البول واهتزاز الرؤية .

٣ - حساسية تظهر فى صورة طفح جلدى و يرقان .

٤ - تأثيرات أفضية مثل زيادة الوزن .

٥ - تشوه الأجنة فى حالات الحمل .

و يراعى أن الجرعة العلاجية لمضادات الاكتئاب تختلف من مريض لآخر، لذلك تبدأ باعطاء الجرعة صغيرة وتستمر فى الزيادة حتى نصل إلى الاستجابة المطلوبة وذلك باعطاء ٥٠ مجم يوميا ثم تزيد الجرعة كل يوم إلى ثلاثة أيام ٢٥ مجم إلى أن نصل إلى ١٥٠ مجم فى اليوم ، وبعد أسبوعين يعاد تقييم المريض

وإذا كانت الاستجابة أقل من المرغوب والجرعة محتملة تزداد الجرعة بمقدار ٢٥ مجم كل ثلاثة أيام حتى تظهر استجابة علاجية أو أعراض جانبية أو تصل إلى ٣٠٠ مجم يوميا كما يراعى أن تكون الجرعة العلاجية في الأطفال أقل من ٢,٥ مجم لكل كيلوجرام من وزن الجسم في اليوم .. ينبه المريض إلى الأعراض الجانبية التي قد تحدث وإلى أن التحسن سوف يكون بطيئا بعد عشرة أيام إلى ثلاثة أسابيع ، و يظهر التحسن أولا في النوم ثم الشهية والأعراض الجسمية والنشاط الحركي وآخر عرض يتحسن هو الاكتئاب ، لذلك يلاحظ المريض الذي لديه ميول انتحارية لأنه قد ينتحرف فعلا عندما يتحسن نشاطه الحركي وتظل حالته الوجدانية سيئة .

وفي حالة فشل العلاج يراجع التشخيص المرضى الذى أعطى العلاج على أساسه والعقار المستخدم في العلاج والجرعة العلاجية التى قد تكون غير كافية ، والمدة التى أعطى فيها العلاج ، ووجود عقاقير أخرى تعطى مصاحبة .

يلاحظ أن نصف العمر (Half- life) لمضادات الاكتئاب يتفاوت من عشر ساعات إلى سبعين ساعة وهذا يتيح امكانية اعطاء هذه المركبات في جرعة واحدة ، ويلزم للوصول إلى حالة المعدل الثابت للتركيز في البلازما مدة من خمسة إلى سبعة أيام .

التأثير الدوائى :-

يحدث تأثير دوائى للمركبات الحلقية للاكتئاب مع مضادات الضغط المرتفع (مثل الجوانيثدين) فتقلل من تأثيره كمضاد للضغط ، ومع مضادات الذهان فيحدث تهدئة زائدة وقد يحدث تسمم كوليني بسبب تأثيرهما معا ، ومع مثبطات الجهاز العصبى المركزى (مثل الكحول ومشتقات الأفيون) فيزداد تثبيط الجهاز العصبى المركزى وهناك تأثير (تداخل) يقلل من معدل المركبات الحلقية في البلازما يحدث مع حبوب منع الحمل وتدخل السجائر وتعاطى الباربيتورات والليثيوم وكلوريد الأمونيوم وحمض الاسكوربيك ، بينما يوجد تداخل يزيد من المعدل في البلازما مع حمض الساليسيليك ومدرات البول الثيازيدية وبيكربونات الصوديوم .

يمنع اعطاء المركبات الحلقية المضادة للاكتئاب لمرضى القلب الذين لديهم اضطراب توصيل في عضلة القلب ، والمرضى المصابين بمرض الصرع .

جـ - مضادات القلق

(Antianxiety Drugs)

كانت تستخدم البروميدات كمضاد للقلق إلى أن اتضح أنها تتراكم وتسبب تسمم في الثلاثينيات من هذا القرن ، فافسحت المجال للباربيتورات (Barbiturates) ، ولكن ظهر أيضا أنها تسبب تعودا فسيولوجيا وتصبح الجرعة غير كافية لاحداث التأثير السابق (إطاقة) (Tolerance) و ينتج تفاعل انسحابي عند وقفها (Withdrawal Reaction) .. وفي اوائل الخمسينيات اكتشفت المبروبامات (Meprobamate) واطلقت عليها نفس التسمية التي كانت تطلق على الكلوربرومازين وهي مطمئن (Tranquilizer) لتجنب تسمية مهدىء (Sedative) ومنها الأسماء التجارية (كويتان) (Quitan) ومبرو (Mebro) وكل منها (٤٠٠ مجم) أقراص .

وفي أواخر الخمسينيات ظهر الكلورديازيبوكسيد (Chlordiazepoxide) ذو الأثر المهدىء والمنوم (Sedative-hypnotic) وكان هوبداية البنزوديازين (Benzodiazepines) التي تتابع ظهورها في الستينيات وإلى الآن .

ويمكننا أن نقسم مضادات القلق إلى مجموعتين أساسيتين هما :-

(١) مجموعة مهدئة منومة (Sedative-hypnotic) وهي ذات تأثير مهدىء يؤدي إلى النوم ومرخية للعضلات ومضادة للتشنجات و يقل مفعول الجرعة العلاجية بمرور الوقت (Tolerance) و ينتج تعود فسيولوجي وسيكولوجي .

وتشمل المجموعات الفرعية الآتية :-

أ- الباربيتوات :- مثل الفينوباربیتال .

ب- مشتقات الجلسرول (Glycerol drivative) : مثل المبروبامات .

ج- البنزوديازين : (Benzodiazepines) وهي أهم وأكثر المجموعات المضادة للقلق استخداما ومن أمثلتها الكلوريازيبوكسيد (ليبريوم) . والديازيام (فالسيوم) .

(٢) مجموعة مهدئة ذات تأثيرات على الجهاز العصبي المستقبل : (Sedative autonomic) وتتميز بأنها تزيد من توتر (Tone) العضلات وتقلل من

عتبة التشنجات (Threshold) ولكن ليس لها تعود (إدمان) ولا يقل تأثير الجرعة . بطول فترة التعاطي ، ولها تأثيرات على الجهاز العصبي المستقل الذي قد يجعلها غير مقبولة من المرضى .

وتشمل المجموعة الفرعية الآتية :-

أ- مضادات الهستامين (Antihistamines) : مثل (الداي فين هيدرامين) (Diphenhydramine) الذي يعرف تجاريا باسم (بنادريل) (Benadryl) و(هيدروكسيزين) (Hydroxyzine) الذي يعرف تجاريا باسم (أتراكس) (Atarax) في صورة أقراص (١٠ ، ٢٥ مجم) وشراب بتركيز ١٠ مجم في كل ٥ سم^٣ .

ب- مضادات الذهان (Antipsychotics) : (التراي فلوبرازين) (Trifluoperazine) الذي يعرف تجاريا باسم (ستلازين) .

ج- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (Tricyclic Antidepressants) مثل (الأميتريبتيلين) (Amitriptyline) الذي يعرف تجاريا باسم (التريبتوزول) .

وهناك عقاقير أخرى تستخدم في علاج القلق منها مقفلات مستقبلات البيتا الأدرينالية (B-Adrenergic blockers) مثل (البروبرانولول) (Propranolol) الذي يفيد في علاج الأعراض الطرفية للقلق وهي الشعور بضربات القلب والرعدة وعرق الكفين وعقار (أزاسبيروديكانديون) (Azaspirodecanedione) الذي يعرف باسم (بوسبيرون) (بوسبار) (Buspirone) ، الذي تشير الفكرة المبدئية عنه أنه ليس مهدئا ولا يحدث ادمان ، كما أنه لا يرخي العضلات ولا يعالج التشنجات ؛ وتعتبر البنزوديازيبين أكثر مضادات القلق استخداما وافترض أنها تعمل من خلال مستقبلات خاصة في الدماغ واعتبرت مرتبطة وظيفيا بمستقبلات (الجابا) (GABA) (Gamma Amino Butyric Acid) التي تعمل على ادخال أيونات الكلور إلى داخل الخلية بدرجة زائدة تؤدي إلى استقطاب الزائد (Hyperpolarization) للخلية مما يقلل من إثارتها وبالتالي تقل إثارة الجهاز العصبي فتحدث التهدئة .

وهناك افتراض بأن مركبات تشبه البنزوديازيبين تفرز داخليا وتعمل على مستقبلات خاصة بها وتقلل القلق، وأن نقص هذه المركبات يسبب القلق مما يستدعى تعاطيها كمركبات خارجية.

ويمكن تقسيم مجموعة البنزوديازيبين حسب طول مدة مفعولها إلى مايلي:—

١— قصيرة المفعول جدا: وهي التي يظل مفعولها من ساعتين إلى سبع ساعات، ومن أمثلتها عقار (الترايازولام) (Triazolam) ويعرف تجاريا باسم (هليسون) (Halcion) وجرعته اليومية تتراوح بين (٠,٢٥—٠,٥ مجم) ويوجد في صورة أقراص (١٢٥، ٠، ٢٥٠، ٥٠٠ مجم)

٢— قصيرة المفعول: ويظل مفعولها (من ٦ إلى ١٢ ساعة)، ومن أمثلتها العقاقير الآتية:—

— البرازولام (Alprazolam) ويعرف تجاريا باسم (زنكس) (Xanax) وجرعته اليومية (من ٠,٥—٠,٦ مجم)، ويوجد في صورة أقراص (٠,٢٥، ٠,٥، ١، ٢ مجم).

— الأكسازيبام (Oxazepam) ويعرف تجاريا باسم (سريباكس) (Serepax) وجرعته اليومية (٣٠—١٢٠ مجم) ويوجد في صورة كبسولات (١٠، ١٥، ٣٠ مجم).

— لورازيبام (Lorazepam) ويعرف تجاريا باسم (أتيفان) (Ativan) وجرعته اليومية (١—١٠ مجم) ويوجد في صورة أقراص (٠,٥، ١، ٢ مجم) وأمبولات ٤ مجم / ١ سم^٣، وفي كل أمبولة ١ سم^٣.

— لورميتازيبام (Lormetazepam) ويعرف تجاريا باسم (نُكتاميد) (Noctamid) وجرعته اليومية (٠,٥—٢ مجم)، ويوجد في صورة أقراص (٠,٥، ١، ٢ مجم).

— تيمازيبام (Temazepam) ويعرف تجاريا باسم (نورميزون) (Normison) وجرعته اليومية (١٠—٢٠ مجم)، ويوجد في صورة كبسولات (١٠، ١٥، ٣٠ مجم).

٣- متوسطة مدة المفعول و يظل مفعولها (من ١٢ إلى ٣٦ ساعة) ومن أمثلتها العقاقير الآتية :-

— كلورديازيبو كسيد (Chlodiazepoxide) و يعرف تجاريا باسم (ليبريوم) (Librium)، وجرعته اليومية (١٥-١٠٠ مجم)، و يوجد في صورة أقراص (٥، ١٠، ٢٥ مجم)، وأمبولات ١٠٠ مجم في ٢ سم^٣.

— ديازيبام (Diazepam) و يعرف تجاريا باسم (فالينيل) (Valnil) أو (فالسيوم) (Valium)، وجرعته اليومية (٢-٦ مجم)، و يوجد في صورة أقراص (٢، ٥، ١٠ مجم)، وأمبولات (١٠ مجم في ٢ سم^٣)، وشراب بتركيز (٢ مجم في كل سم^٣).

— كلوبازام (Clobazam) و يعرف تجاريا باسم (فريزيوم) (Frisium) وجرعته اليومية (١٠-٣٠ مجم)، و يوجد في صورة أقراص (١٠ مجم).

— برومازيبام (Bromazepam) و يعرف تجاريا باسم (لكسوتانيل) (Lexotanil) وجرعته اليومية (١,٥-١٢ مجم)، و يوجد في صورة أقراص (١,٥، ٣، ٦ مجم).

— كلورديمثيل ديازيبام (Chlordemethyl diazepam) و يعرف تجاريا باسم (إي إن) (E. N.) وجرعته اليومية (٠,٥-٦ مجم)، و يوجد في صورة أقراص (٠,٥ مجم) ونقط بتركيز ١ مجم في ١ سم^٣.

٤- طويلة المفعول : و يظل مفعولها (من ٤٥ ساعة إلى ٩٠ ساعة)، ومن أمثلتها العقاقير الآتية :-

— فلورازيبام (Flurazepam) و يعرف تجاريا باسم (دلن) (Dalmane) وجرعته اليومية (١٥-٣٠ مجم)، و يوجد أقراص (١٠، ١٥، ٣٠ مجم).

— نيترازيبام (Nitrazepam) و يعرف تجاريا باسم (موجادون) (Mogadon) وجرعته اليومية (١٠-٣٠ مجم)، و يوجد في صورة أقراص (٥، ١٠ مجم).

— فلونيترازيبام (Flunitrazepam) و يعرف تجاريا باسم (روهيبنول)

(Rohypnol) وجرعته اليومية (٢-٦ مجم) ، ويوجد في صورة أقراص (٢ مجم) ، وأمبولات (٢ مجم في ١ سم ٣) .

— كلوازيبام (Clorazepam) ويعرف تجارياً باسم (ريفوتريل) (Rivotril) وجرعته اليومية (٥,٥-٦ مجم) ، ويوجد في صورة أقراص (٥,٥ ، ٢ مجم) ، وأمبولات (١ مجم في ١ سم ٣)

— كلورازيبات (Clorazepate) ويعرف تجارياً باسم (ترانكسين) (Tranexene) ، وجرعته اليومية (١٠-٦٠ مجم) ، ويوجد في صورة كبسولات (٥ ، ١٠ مجم) ، وأقراص (٥٠ مجم) .

دواعى استخدام مضادات القلق :-

يراعى أن يكون استعمال مضادات القلق في فترات متقطعة لتجنب الاعتماد على هذه العقاقير (خاصة البنزوديازبين والمبروبامات والباربيتورات) وألا تستخدم إلا في حالة أعراض شديدة ، ويؤخذ في الاعتبار العلاج النفسى دون استخدام العقاقير ، وتعطى الجرعة التى تكفى لأقل تهدئة ممكنة والتأكد من التشخيص ، ولا تعطى للأشخاص المدمنين للكحول أو العقاقير ، ويحذر من تناول الكحول معها ، ويعطى عدد الأقراص حسب الجرعة والمدة المطلوبة ، ويتم سحبها تدريجياً (وقفها) ، ويراعى ألا تزيد فترة التعاطى عن شهر واحد .

ودواعى الاستخدام هى :-

١- حالات القلق : حيث تفيد أى من تلك المركبات عدا حالات الهلع فإنها لا تظهر تحسناً إلا مع عقار (البرازولام) .

٢- تقلص العضلات : مثل التقلص المصاحب لحالات التصلب المتناثر والتيتانوس والشلل المخى (Cerebral Palsy) .

٣- التشنجات التى لم يمكن وقفها بمضادات الصرع الأخرى ، ويفضل عقاقير (لورازيبام) أو (الديازيبام) أو (الكلونازيبام) حقناً في هذه الحالات ، ويعطى عقار (لورازيبام) حقناً بالعضل حيث يمتص بسرعة مناسبة ، وبدأ

إستخدامه بالعضل بديلا لحقن عقار (الديازيبام) بالوريد في حالات الطوارئ النفسية ، باستثناء حالات الانسمام بعقار (الب سي ب) (PCP) .

٤- في حالات التوقف عن الكحول وظهور أعراض سحبه ، لأن مفعولها يشبه الكحول وهي مضادة للتشنجات التي قد تكون موجودة .

٥- في التحضير للعمليات الجراحية حيث تهدىء المريض وتجعله ينام جيدا ليلة إجراء الجراحة .

الأعراض الجانبية لمضادات القلق :-

١- التهذئة الزائدة .

٢- نقص التركيز مما يجعل بعض الأنشطة خطرة مثل قيادة السيارات .

٣- التعود والادمان خاصة العقاقير قصيرة المفعول مثل عقار (لورازيبام) (اتيغان) .

ولقد قدم للاستخدام الطبى (عام ١٩٨٧) عقار الفلومازينيل (Flumazenil) الذى يعرف تجاريا باسم (أنكسات) (Anexate) ، وهو مضاد للبنزوديازيبين فى مفعولها ، حيث يتحد مع مستقبلات البنزوديازيبين داخل الجهاز العصبى المركزى فيبطل ما تحدثه من زيادة نشاط الجابا (GABA) ، ولذا فيمكن إعطاؤه فى حالات الجرعة الزائدة من البنزوديازيبين أو التسمم بها ، وفى التمييز بين حالات السبات الناتجة من تسمم البنزوديازيبين والناتجة من عقاقير أخرى أو آفة مخية ، كما يستخدم فى وحدات الرعاية المركزة للفظام من التنفس الصناعى ، ويعالج عقار الفلومازينيل التثبيط الحادث لمركز التنفس بواسطة تعاطى الأفيون أو مشتقاته .. ويعطى بجرعة (٠,٢ إلى ٠,٨ مجم) فحقنه وريديا بجرعة (٠,٢ مجم) يعيد الوعى لأغلب المرضى فاقدى الوعى بسبب جرعات زائدة من البنزوديازيبين .

دأملأح اللشوم

قدم اللشوم إلى الحقل الطبى منذ القرن الماضى حيث أستخدم كعلاج للنقرس ، ثم جرب فى منتصف هذا القرن فى علاج مرض الهوس إلى أن أصبح فى منتصف الستينيات علاج معترف به للهوس والاكتئاب .

ومفعول اللشوم هو إعادة التوازن المفقود بين أمنيات الكاتيكول والأستيل كولين (وذلك بواسطة تكسير أمنيات الكاتيكول ، وتثبيط إطلاقها عند المشبك العصبى ، وتقليل حساسية المستقبلات بعد المشبكية لتأثير أمنيات الكاتيكول) ، وكذلك من خلال تأثيره على جدار الخلية من خلال التشابه بين أيون الكالسيوم والمغنسيوم حيث يستبدل بأى منهما فيزيد من نفاذية الجدار الخلوى و يعيد التوازن بين الهوابط (Cations) داخل وخارج الخلية ، أو تثبيط إنزيم معين داخل الخلية العصبية يسبب نقص استجابتها للناقلات العصبية .

دواعى استعمال اللشوم :-

- (١) فى حالات الهوس .
 - (٢) نوبات الاكتئاب كوقائى فى حالات الاضطراب ثنائى القطبية .
 - (٣) الفرط الحركى ، خاصة المصاحبة بتخلف عقلى .
 - (٤) اضطراب الفصام الوجدانى .
 - (٥) حالات العدوان (السلوك العدوانى) غير الممكن كبجها .
 - (٦) فى حالات الاضطراب العقلى المرتبطة بالاسترويد القشرى .
- و يراعى قبل وصف اللشوم إجراء بعض التحاليل المعملية مثل تحليل البول واختبار وظيفة الكلى ، والغدة الدرقية ، وعد دم كامل .. **و يمنع إعطاؤه فى الحالات الآتية :-**

- (١) اضطراب وظيفة الكلى (الفشل الكلوى) .
 - (٢) فى حالات الحمل حيث يسبب تشوهات خلقية .
 - (٣) مرض القلب الذى يستلزم إعطاء مدرات البول بكثرة .
- ولكى يعطى اللشوم مفعولا علاجيا ينبغى أن يكون مستوى تركيزه فى البلازما بين (٠,٩ إلى ١,٤ ميللى مكافىء لكل لتر) ، و يقل عن ذلك فى حالات

المرضى كبار السن .. وبعد الوصول إلى التأثير العلاجي المطلوب يقلل مستوى التركيز في البلازما إلى أن يصبح بين (٠,٤ إلى ٠,٩ مللى مكافىء لكل لتر) .. ويؤخذ في الحسبان أن الليثيوم يتأخر في دخوله إلى الخلية وأنه لكي يصل إلى حالة الثبات (Steady state level) يستغرق خمسة أيام من بدء التعاطي ، وأن أفضل وقت لأخذ عينة القياس هو بعد اثنتا عشرة ساعة من آخر جرعة .. وتقدر الجرعة حسب الوزن واستجابة المريض .. ويقاس مستوى الليثيوم أول مرة بعد خمسة أيام من بدء العلاج ثم بعد الوصول إلى المستوى العلاجي المطلوب يقاس أسبوعيا لمدة شهر، ثم في الشهر الثاني يقاس كل أسبوعين ثم كل شهر ثم كل شهرين بعد ذلك ..

وتوجد أعراض جانبية لليثيوم :-

- (١) جفاف الحلق . في ثلثي المرضى .
 - (٢) الرعشة لليدين في نصف المرضى .
 - (٣) والاسهال والسمنة في خمس ($\frac{1}{5}$) المرضى .
 - (٤) تقليل وظيفة الغدة الدرقية .
 - (٥) التأثير على وظيفة الكلى في حالات تعاطى الليثيوم لفترات طويلة في نسبة قد تصل إلى (٢٥%) .
- يلاحظ أن الليثيوم لا يتحد مع بروتين البلازما بأى قدر منه ولكنه يتوزع في سوائل الجسم ، ونصف عمر (half-life) الليثيوم عشرون ساعة ، ويتم إفرازه عن طريق الكلى ، ويفرز أيضا في لبن الأم المرضعة .

التأثر الدوائي مع الليثيوم :- (interaction)

— أغلب مدرات البول تزيد من مستوى الليثيوم في الدم لدرجة تصل إلى حدوث تسمم ، ولكن المدرات الاسموزية والزائثينات (مثل القهوة) تقلل من معدل الليثيوم بالدم .

— إعطاء مضادات الذهان مع الليثيوم ينشأ عنه تآذر مفعولهما (Synergistic) وتزداد الأعراض الجانبية العصبية غير المرغوبة لعقار الليثيوم (عدا مع عقار الهالوبيريدول) .

— مع مضادات الصرع بما فيها الكاربامازين (Carbamazepine) قد تحدث أعراضاً عصبية غير مرغوبة .

هـ — عقار الكاربامازين

(Carbamazepine)

يعرف هذا العقار تجارياً باسم (التيجريتول) (Tegretol) ، و يستخدم في علاج الصرع ، و يعطى في الطب النفسى لمرضى الاضطراب ثنائى القطبية كبديل لعقار الليثيوم ، وفى اضطراب الشخصية الحدية والاكتئاب غير النمطى المتميز بمشاعر اختلال الانية والاضطرابات الادراكية .. ويمتص العقار ببطء و يصل إلى قمته فى البلازما بعد أربع وعشرون ساعة .. وطريقة عمل الكاربامازين يعتقد أنها من خلال الجابا (GABA) ، أو من خلال تغيير نشاط بعض الانزيمات . يعطى العقار بعد عمل صورة دم متضمنة عد الدم الأبيض ووظائف الكبد بجرعة مبدئية (٢٠٠ مجم) مرتين يوميا ، وتزداد بمقدار (٢٠٠ مجم) فى اليوم كل أسبوع إلى أن يصل المعدل فى البلازما إلى ٦ — ٨ مجم فى كل لتر ، ويمكن أن تصل الجرعة إلى ١,٢٠٠ مجم أو ٢٠٠٠ مجم فى اليوم ، يوجد منه أقراص ٢٠٠ مجم وشراب بتركيز ١٠٠ مجم / ٥ سم^٣

التأثير الدوائى :-

وخلط الليثيوم مع الكاربامازين يحدث تآذراً بينهما يزيد من فعالتهما فى الحالات التى لا تتحسن مع أحدهما على حده ، ولكن يراعى أن قلة من الحالات قد يحدث لها تسمم بسبب هذا التآذر ، لذا تزداد جرعة كل منهما ببطء شديد .

الأعراض الجانبية للكاربامازين :-

— الغثيان والقيء والدوخة والرنح واهتزاز الرؤية ، ويمكن تحاشي هذه الأعراض بإعطاء الجرعة فى تزايد تدريجى .

— بعض المرضى يحدث لهم فقر دم (Aplastic anemia) أو نقص في كرات الدم البيضاء (ندرة المحببات) (Agranulocytosis) لذا يلزم عمل صورة دم كل ثلاثة شهور وكذلك وظائف الكبد .

ثانياً — العلاج بالكهرباء (النوبات المحدثه كهربائيا)

(Electro- Convulsive Therapy) (E. C. T.)

وهو بتمرير كهرباء من خلال جهاز الصدمات الكهربائي الذي يحول فرق الجهد إلى ٣٠ — ١٧٠ فولت لمدة ثانية واحدة إلى خمس ثوان ، وعند مرور هذه الكهرباء بالدماغ تحدث تشنجات ، لذلك سمي بالعلاج الكهربائي المحدث للشنجات ، أو النوبات المحدثه كهربائيا .

يشاع عن هذا النوع من العلاج خطأ أنه يحدث تلفا بالدماغ وهذا غير صحيح ، حيث تعد النوبات المحدثه كهربائيا من العلاجات الطب نفسية الهامة والمفيدة والمأمونة ، ولقد بدأ استخدام هذا النوع من العلاج في (روما) عام (١٩٣٨) ، وبدأ تعديل طريقة الاستخدام باعطاء مرخي العضلات في عام (١٩٥٧) .

ويستخدم هذا العلاج في الحالات الآتية :-

- (١) الاكتئاب خاصة المصاحب باحساس شديد بالذنب وميول انتحارية وبطء شديد في السلوك الحركي ، وفقدان الوزن والاهتمام ، وأرق عند الفجر .
- (٢) حالات الاضطراب الوجداني ثنائي القطبية في حالة الاكتئاب منه .
- (٣) حالات الهياج سواء كان ذلك في الهوس أو الفصام الكتاتوني .
- (٤) ويرى البعض أنها مفيدة في حالات الفصام الحاد ، خاصة عندما تكون مصاحبة بأعراض اكتئابية .

ويحظر إعطاء عقاقير البنزوديازبين مع أو قبل جلسات الكهرباء لأنها مضادة للشنجات وكذلك مع مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية

(M.AO.Is) وقطرات العين المضادة للكولينستراز والليثيوم الذى قد يغير من أيض مرخى العضلات (Succinylcholine) .

ويجب عدم تحديد الجلسات فى أول العلاج و يقوم المريض بعد كل جلسته ، وقد تكون الاستجابة بعد ثلاث جلسات كافية ، وتعطى الجلسات مرتين أو ثلاثة مرات أسبوعيا على أن لا تقل الفترة بين كل جلستين عن ٤٨ ساعة .

كما يجب ملاحظة مريض الاكتئاب الذى لديه ميل انتحارية بعد بدء جلسات العلاج الكهربائى حيث يتحسن النشاط الحركى بينما يتأخر تحسن الحالة الوجدانية ، وهذا قد يؤدي به إلى الانتحار .

ولقد لوحظ أن العلاج بالنوبات المحدثه كهربائيا بعد عدد من الجلسات (من ٤ إلى ٦ جلسات) يؤدي إلى تغيير فى موجات الدماغ الكهربائى حيث تصبح بطيئه وذات فرق جهد عالى ومنتشرة ومتماثلة فى الجانبين ، وهذا يعنى انها ناشئة من التراكيب العميقة فى الدماغ ، غالبا الدماغ البينى (أى المنطقة التى تشمل المهاد وتحت المهاد) وهذا يؤثر على الحالة الوجدانية ، بالإضافة إلى أن التأثير على تحت المهاد ينبه الغدة النخامية فيفرز هرموناتها (لأن نقصها قد يكون مسئولا عن بعض الأعراض) ، وهذا التفسير النيوروفسيولوجى لتأثير النوبات المحدثه كهربائيا ؛ وهناك تفسير آخر كيميائى يفترض أن التحسن الاكلينيكي نتج من تغيرات كيميائية بالمخ حيث يحقق التوازن المفقود بين الناقلات العصبية المختلفة (الكولينية والسيرتونية والنورادريناينية) بالإضافة إلى إحداث تغيير فى كل ناقل على حدة .. وهناك أبحاث برهنت على أن النوبات المحدثه كهربائيا تحدث نقصا فى تخليق وإفراز الجابا (GABA) ، بالإضافة إلى زيادة نشاط الأفيونات الداخلية .

يحضر المريض بأن تكون معدته خالية وتفرغ المثانة وتزال التركيبات الصناعية مثل الأسنان و يعطى مضاد للنشاط الكولينى مثل الاتروبين قبل الجلسة بثلاثين دقيقة ، لتقليل الإفرازات وزيادة إيقاع ضربات القلب (لتعويض البطء الذى يحدث أثناء الجلسة) ، ويجب إعطاء مضاد النشاط الكولينى بصفة خاصة للمرضى الذين يتعاطون عقاقير تقفل مستقبلات البيتا الأدرينالينية ، يُتَج المريض و يعطى مرخى العضلات و يلزم إعطاء الأكسجين

من بدء التخدير حتى استعادة التنفس التلقائي المناسب عدا اللحظات القصيرة التي تعطى فيها شحنة الكهرباء، و يراعى أن يكون عمق التبنيج خفيفا ما أمكن لتقليل التأثيرات غير المستحبة وتجنب رفع عتبة النوبة الذي يرتبط بالتبنيج .. ويجب أن تظل النوبة من (٣٠ - ٦٠ ثانية) ، وعلامة حدوثها بسط الإخص (Planter extension) . و يراعى وضع الاقطاب على نصيف كرة المخ غير السائدة لتجنب النسيان الذي يعقب النوبة وتوضع قطعة من المطاط بين الأسنان (لأنها قد تنقبض من التنبيه المباشر للأقباط) .

موانع الاستخدام :-

حاليا لا توجد موانع مطلقة لاستخدام النوبات المحدثه كهربائيا ، ولكن في بعض الحالات يكون المانع نسبى مثل وجود ورم بالمخ واحتشاء حديث لعضلة القلب ، حيث يمكن إعطاء النوبات مع إجراءات احتياطية لمنع المضاعفات التي قد تحدث في هذه الحالات .

ثالثا - العلاج الجراحى

(Psychosurgery)

حيث يتم التدخل الجراحى لقطع الألياف التي تربط جزءاً من الدماغ بجزء آخر، أو لازالة أو تنبيه جزء من نسيج الدماغ بهدف تعديل أو تغيير السلوك المضطرب أو محتوى التفكير .. فمثلا تقطع الألياف العصبية التي تصل بين الفص الجبهى من قشرة الدماغ والمهاد في حالات الاكتئاب المصاحب بأعراض ذهانية والذي يحدث لشخصية صلبة وسواسية فشل معها العلاج بمضادات الاكتئاب والعلاج الكهربائى .

ولهذه الطريقة من العلاج مضاعفاتها التي ينبغى أن يحسب لها حساب قبل التفكير فى إجرائها وتنتقى لها حالات خاصة حتى تؤدى النتيجة المرجوة منها .



الفصل الثانى

العلاج النفس والاجتماعى

أولا : العلاج النفسى :-

يعرف العلاج النفسى بأنه العلاج الذى يستخدم فيه أى من الفنيات النفسية فى علاج الاضطرابات النفسية والعقلية .. وفنيات العلاج النفسى كثيرة ولكن للكلمة دور رئيسى فى العلاج النفسى .

وللكلمة تأثير لا يقل عن تأثير الدواء ، بل هى أسرع منه لأنها لا تحتاج وقتا للامتصاص والتمثيل ثم الوصول إلى المستقبلات التى تؤثر عن طريقها ، ولكى نتصور ذلك علينا أن نتذكر ما تحدثه فىنا الكلمات ، فقد يسمع الفرد كلمة تسبب له مباشرة انفعال يظهر فى صورة زيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وزيادة عدد مرات التنفس ورعشة اليدين ، والتفسير البيولوجى لذلك أن الكلمة أثارت شحنة انفعالية فى الجهاز السمبتاوى الذى زاد نشاطه عن طريق افراز مادتى الادرينالين والنورأدرينالين ، وقد يسمع الفرد كلمة بعد تلك الكلمة السابقة تكون بردا وسلاما عليه فتهدأ ضربات قلبه و يرتاح تنفسه وتختفى رعشة يديه ، أى

الانفعال قد اختفى وعادت مادتي الأدرينالين والنور أدرينالين إلى معدليهما الطبيعي .

والكلمة قد تكون من المريض يصف بها معاناته ويخرج بها انفعالاته وتسمى عملية التفريغ الانفعالي أو التنفيس الانفعالي (Emotional Catharsis) أو تكون من المعالج وهي في هذه الحالة تهدئة وطمأنة أو تفسير أو توجيه أو إحياء .

وإذا كان العلاج النفسي يتم عن طريق الكلمات في حالة من يستطيع ذلك ، فإن هناك من لا يستطيع ذلك مثل الأطفال حيث يتم علاجهم بواسطة اللعب وتستخدم في ذلك لعب خاصة ، وقد يتم ذلك بواسطة الرسم أو النحت أو الموسيقى أو الغناء .

والعلاج النفسي وإن كان يهدف جميعه إلى تخفيف الأعراض وتحقيق الشفاء ما أمكن ذلك ، إلا أن لكل نوع من العلاج النفسي هدف يسعى إليه حسب المدرسة التي يتبعها المعالج فالمعالج التحليلي يهدف إلى فهم ديناميات المرض ومعرفة أسبابه بينما لا يهتم المعالج السلوكي بذلك حيث يهدف إلى تعديل السلوك المرضي إلى سلوك سوى .

أنواع العلاج النفسي :-

(أ) حسب الإطار الذي يتم فيه :

(١) العلاج الفردي .

(٢) العلاج الجماعي والزوجي والاسرى

(ب) حسب المستوى الذي يصل إليه :

(١) العلاج النفسي السطحي .

(٢) العلاج النفسي العميق .

(ج) حسب المدرسة المتبعة :

(أ) تحليلي (المدرسة التحليلية) .

(ب) سلوكي (المدرسة السلوكية) .

أ- العلاج النفسى التحليل

(١) العلاج النفسى السطحى (التدعيمى) :

وفيه يعتمد المعالج إلى تدعيم الوسائل الدفاعية لدى المريض ، ويعتبر نوعا من التضميد ونلجأ إليه حينما تكون الذات ضعيفة بدرجة قد تجعل مهاجمة الوسائل الدفاعية تؤدي إلى انهيار الذات ، لذلك نساند الذات وندعمها ، ولا نلجأ إلى التفسيرات أو المواجهة ، بل نسمى إلى تقوية دفاعاتها ، وهو يتعامل مع المرض الحالى أساسا والعوامل المباشرة (المرسبة للمرض) .

من مميزات هذا النوع من العلاج :-

(١) أنه أبسط الأنواع وقصير المدة .

(٢) قليل في أعراضه الجانبية ولا يتطلب أن يغير الفرد طريقة حياته .

(٣) يمكن دمج مع أنواع أخرى من العلاج .

لذلك يكثر استخدام هذا النوع من العلاج ولكن من عيوبه :-

١- أنه أقل شفاعية وتأثيره سطحى .

٢- تزيد نسبة الانتكاس فيه .

ونظرا لهذه العيوب فإنه يمكن تطوير هذا النوع من العلاج الذى يعتبر علاجاً تدعيمياً مخططاً حيث يشمل بعض التفسير والمواجهة ويمكن أن يصبح الشكل المطور لهذا النوع من العلاج ما يلى :-

عدد من السجلات النفسية (المقابلات) يتراوح بين ٨ ، ١٢ جلسة تتم اسبوعياً مدة كل منها من ثلاثين دقيقة إلى خمسة وأربعين تكون أهدافها وتوزيعها كالتالى :-

(١) بناء علاقة بين الطبيب (المعالج) والمريض وأخذ التاريخ المرضى والفحص ويتم ذلك فى جلستين إلى أربعة جلسات .

(٢) اختيار الأهداف وبلورة خطة العلاج فى عدد يتراوح بين ثلاثة وأربعة جلسات .

(٣) التفسير وربط التفسيرات بحياة المريض وفهمه لها ومدى قبوله لها في آخر ثلاثة إلى أربعة جلسات .

وعلى المعالج أن لا يكثر من النصح والارشاد و يترك الفرصة للمريض لكي يصل بنفسه إلى مايريده هو بتوجيه فقط من المعالج . لذلك كان أكثر العناصر أولوية وأهمية في الخطة السابقة للعلاج هو التنفيس (أى تعبير المريض عن نفسه واخراج انفعالاته) حيث يخصص المعالج له ما يقرب من ٧٠ % من الوقت ، ثم يليه الاستكشاف (يستدعى المريض الصدمة ويكتشف الروابط ، بينما المعالج يستفسر) . وهذه يخصص لها المعالج ما يقرب من ٢٠ % من الوقت ، ثم آخر المراحل وهى التوجيه (المعالج يطمئن المريض ويفسر له الاعراض بينما المريض يستمع و يستفسر) ويخصص لها ١٠ % من الوقت فقط .

الحالات التى يمكن استخدام العلاج التدعيمى معها :-

بصفة عامة يمكن استخدام العلاج التدعيمى مع كل أنواع الاضطرابات النفسية ، ولكن يخطط لكل نوع من المرض النفسى بحيث يتفق معه ، فمثلا مريض الفصام (Schizophrenia) يحتاج إلى علاج تدعيمى ومريض الذهان عموما يحتاج إلى علاج تدعيمى حيث يقيم فيه علاقة مع المعالج بجانب الدواء ، ولكن هذا النوع من العلاج التدعيمى يختلف عن مثيله الذى يتلقاه مريض عصابى والذى يكون مخططا بالشكل السابق وصفه ، حيث يكون المريض واعيا باضطرابه الانفعالى ويرغب فى العلاج .

التنبؤ مع العلاج التدعيمى : (Prognosis)

(١) تتوقف نتيجة هذا النوع من العلاج على شخصية المريض فكلما كانت شخصية المريض أقل نضجا كلما كانت استجابته للعلاج بطيئة .

(٢) تتوقف أيضا على نوع المرض النفسى ، فمثلا المريض النفسى الذهانى ومريض الوسواس القهرى تقل استجابته وتكون غير مرضية لهذا النوع من العلاج .

(٢) العلاج النفسى التحليلى : (Psychoanalytic Psychotherapy)

وهو العلاج الذى يصل إلى عمق يمكن معه فهم أجزاء شخصية المريض (الأناتما)

والأنا الأعلى والغرائز) والسحيل الدفاعية التى يسلكها الأنا فى مواقفه ، خاصة مقدار كبت الغرائز وإطلاق هذا الكبت للتعبير عن اللاشعور، ويتم ذلك من خلال التداعى الحر الموجه من المعالج ومن خلال تفسير الأحلام والتصرفات فى المواقف وزلات اللسان ، وقد يستغرق ذلك من أسابيع إلى شهور، وخلال له يحدث الطرح من المريض تجاه المعالج وقد يحدث من المعالج طرح تجاه المريض أيضا يسمى بالطرح المضاد ، وهو أن المريض يطرح مشاعر وأفكار كانت تجاه شخصيات سابقة فى حياته تجاه المعالج ، وحل هذا الطرح جزء من العلاج النفسى .

ويتم هذا العلاج النفسى التحليلى فى إطار فردى ، وفى جلسات تسمى جلسات العلاج النفسى يفضل أن لا يقل عددها عن مرتين أسبوعيا مدة كل منها من ثلاثين إلى خمسة وأربعين دقيقة .

ويطبق هذا النوع من العلاج النفسى مع المرضى الذين لا يقل ذكاؤهم عن المتوسط و يفضل أن يكونوا من صغار السن (أقل من أربعين عاما) ، ليس لديهم أعراض ذهانية ، ذو شكل مقبول ، وقدرة مادية للاستمرار فى هذا العلاج إذا كان على نفقة المريض ..

(٣) التحليل النفسى : (Psychoanalysis)

وهو الوصول إلى عمق ليس للفهم أول حل الصراعات (الداخلية أو الخارجية) مثل النوع السابق ولكنه إعادة بناء للشخصية من خلال تداعى حترام وتفسير الأحلام وتفسير الطرح العصابى ، الأمر الذى يجعل اللاشعورى شعوريا ، وحل السحيل الدفاعية ، وإعادة تركيب (بناء) أجزاء الشخصية من خلال التفسير مع إعادة التعلم .. وهذا العلاج يستلزم معالجا مر هو نفسه بخبرة التحليل النفسى كعلاج حتى يفهم و يفصل بين ما هو خاص بالمريض من مشاعر وما هو خاص به ، وعلى أن يكون المريض من النوع الموصوف مسبقا (فى العلاج النفسى التحليلى) ويلزم لهذا النوع من العلاج عددا أكثر من الجلسات الأسبوعية لا تقل عن ثلاثة وقد تصل إلى خمسة جلسات أسبوعيا ، ويمتد من عام إلى ستة أعوام ، ومدة الجلسة الواحدة تتراوح بين أربعين إلى خمسين دقيقة .

بـ العلاج النفسى السلوكى

ويعتمد هذا النوع من العلاج على حقيقة أن الأعراض العصائية أغماط متعلمه من السلوك التى نتجت أساسا لتخفيف القلق ، و يرى المعالجون المسلكيون أننا إذا استطعنا إزالة التشريط لدى المريض فاءننا نستطيع تغيير الفعل المنعكس المسئول عن أعراض المريض .. ومن أهم الفنيات المتبعة فى العلاج المسلكى مايلي :-

(١) سلب الحساسية التدريجى (Gradual desensitization) : وتستخدم فى حالات الرهاب (Phobias) ، وذلك بالتعرض التدريجى والمتكرر لمثير القلق (الخوف) حتى يمكن الاسترخاء مع وجود المثير (مثل الخوف من الدم ، نهىء المريض نفسيا للتعرض التدريجى للدم بذكر الاسم ثم التقريب التدريجى مع الاسترخاء إلى أن يصير فى متناول اليد دون خوف) .

(٢) ازالة التشريط (Deconditioning) : وتستخدم فى حالات ادمان الكحول حيث يعطى المدمن حقنة (أبومورفين) ثم يعطى بعدها الكحول فتظهر أعراض الغثيان والقيء وآلام المعدة مع زيادة ضربات القلب فيؤدى ذلك إلى النفور من الخمر.. وتستخدم أيضا فى حالات الجنسية المثلية حيث يعطى صورة لممارسة جنسية مثلية و يطلب منه الاندماج فى تخيل نفسه أحد الطرفين فى الصورة (طبقا لاضطرابه) ثم حين يصل الاندماج فى التخيل يعطى صدمة كهربية مؤلمة ، و يكرر ذلك عدة مرات على أيام فيحدث النفور من الجنسية المثلية .

(٣) التعليم الشرطى الايجابى : (Positive Conditiuning) : وتستخدم فى حالات التبول اللاإرادى ، حيث يوضع جهاز الجرس الذى يتصل بشريحتين من المعدن توضعان فوق بعضهما وتفصل بينهما ملاءة والعليا بها ثقب و متصلتان ببطارية وعندما يبول الطفل تبلل الملاءة التى بين الشريحتين فتغلق الدائرة ويرن الجرس فيستيقظ الطفل ، وبتكرار ذلك يتعلم أن يستجيب لامتلاء المثانة بالاستيقاظ بدلا من التبول .

(٤) الإعادة الحيوية (Biofeedback) : و يستخدم لذلك جهاز متعدد الأنواع منه الإعادة الحيوية لرسم العضلات (E M G) أو تخطيط الدماغ (E E G) وعلى

سبيل المثال يستخدم جهاز الإعادة الحيوية لرسم العضلات في حالات صداع التوتر حيث توضع أقطاب الجهاز على عضلات الجبهة فينتقل توتر عضلة الجبهة إلى الجهاز الذى يطلق صوتا عاليا يختفى هذا الصوت كلما استطاع المريض الاسترخاء الإرادى ، وبتكرار هذا التدريب يستطيع المريض أن يسترخى إراديا دون معونة الجهاز وهذا يترتب عليه اختفاء الصداع .

والجدول التالى يبين مقارنة بين العلاج النفسى التحليلى والعلاج النفسى السلوكى :-

العلاج التحليلي	العلاج السلوكي
١- يعتبر العرض تعبير عن عقد اللا شعور	يعتبر العرض استجابة غير تكيفية .
٢- العرض يعتبر تخفيف للكبت	العرض دليل على تعلم خاطيء .
٣- العرض يتحدد بالحيل الدفاعية	العرض يتحدد باختلاف التشريط والقدرات الخاصة بالجهاز العصبى المستقل والظروف المحيطة
٤- كل علاج العصائين يجب أن يكون على أسس تاريخية .	كل علاج العصائين يتعلق بتكوين العادة .
٥- يختفى العرض بعلاج اللا شعور	يعالج العرض منفصلا و يثبت مكانه ما يراد .
٦- يهتم بتفسير الأحلام والأفعال	التفسير لا يعنيه .
٧- العلاج الموجه للعرض يؤدي إلى تغييره فقط .	علاج العرض يعطى شفاء دائما .
٨- الطرح هام فى العلاج .	علاقة الطرح غير هامة فى العلاج .

جـ- مدارس أخرى للعلاج النفسى

(١) مدرسة الجشطالت : والعلاج يقوم فيها على النظرة الكلية أو التكاملية وإنهاء المتناقضات داخل الإنسان دون الالتجاء إلى التنقيب فى الماضى ، ويقوم المعالج بمحاصرة المريض بأسئلته مما يضطره إلى مواجهة نفسه سعيا إلى التكامل ، ويهدف إلى ربط المريض بواقعه الفعلى لإحداث التكامل بين

المريض وواقعه ، ويرى المعالج الجشطاطلى أن العرض النفسى نكوص إلى مسالك طفلية لكى يعفى المريض نفسه من تحمل المسئوليات وتبعات الكبار ، وكى يعتمد على غيره .. ويركز العلاج الجشطاطلى على هنا والآن ، ويستخدم السيكدراما وفنيات المقعد الخالى .

(٢) مدرسة العلاج الوجودى : وتعتبر أن سبب المرض هو الخواء النفسى الذى يشعر به المريض وعدم وجود معنى لحياته ، ومهمة المعالج بالمعنى الوجودى هو أن يوضح للمريض أن لحياته معنى ، وتحويل الجوانب السالبة إلى إنجاز إنسانى ، وتحويل يأس المريض إلى أمل ، ومحنته إلى إنجاز انسانى .. وأن يكون هناك حوار له دلالة وله معنى كامل وعلاقة عميقة مع آخر ، وأن يتخطى المريض هذا الحوار ويتجاوز نفسه ، ويتخطى الكائنات كيانهما إلى الواقع والعالم المحيط ، بحيث يقدمان إضافة إليه تسعده وبالتالي تسعهما .
وهناك مدارس نفسية كثيرة قدمت فهما لنفسية الانسان ، وتبعها لها قدمت طرق للعلاج النفسى مثل العلاج بالواقع والعلاج العقلانى إلى آخر هذه المدارس .

د- العلاج النفسى الجماعى

وهو العلاج الذى يتم فى إطار مجموعة من المرضى يتراوح عددهم من ثلاثة إلى خمسة عشر مريضاً ، مع معالج مدرب على العلاج الجماعى ويعاونه مساعد معالج ، ويسهلان التفاعل ويساعد أفراد المجموعة كل منهم فى إحداث تغير فى شخصيته ، عن طريق فهم ديناميات التفاعل أو تدعيم الافراد فى المجموعة .. ويتم انتقاء الأفراد المتجانسين من حيث الاضطراب النفسى فلا يوضع مريض فصام عقلى مع مرضى عصابيين .

ثانيا : العلاج البيئى والاجتماعى :-

هذا النوع من العلاج يوجه أساساً إلى البيئة التى يعيش فيها المريض وما يتعلق بعمله وطريقة معيشته ويشمل :-

(١) الناحية التدعيمية ومنها :-

- (أ) مساعدة المريض ماديا إذا لم يكن له مصادر مادية ولا يستطيع العمل .
- (ب) شراء أجهزة تساعد التغلب على عاهته أن وجدت ، أو تساعد على الكسب المادى ليستطيع المعيشة .
- (ج) مساعدته فى إيجاد عمل مناسب . ان كان يستطيع ذلك وان كان يعمل عملا لا يستطيع القيام به ؛ مساعدته فى الحصول على عمل خفيف ، أو اجازة من العمل حتى تتحسن حالته .

(٢) علاقاته الاجتماعية وتشمل :-

- (أ) الاسرة والابناء والاقارب .
 - (ب) زملاء العمل ورؤسائه .
- مساعدته على تحسين علاقاته بهم وافهامهم لحالته حتى يمكن مساعدته من جانبهم أيضا .
- و يقوم بهذا الدور وهذا النوع من العلاج الاخصائية الاجتماعية حيث تقوم بزيارات لأسرة المريض ولجهة عمله وتساعد فى ذلك بالطريقة المتقدمة .



■ المراجع ■

أولا : المراجع العربية :-

- العقباوى (أحمد شوقى) (١٩٨٩) : حول ظاهرة الادمان جريدة الاهرام ٩/١٢ .
- الممدنى (عادل) : مدخل إلى العلاج النفسى وأشهر مدارسه .
- جيلفورد (ج ب) (١٩٨٤) : ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية ، المجلد الاول ، إشراف يوسف مراد ، منشورات علم النفس التكاملى ، الطبعة السادسة ، دار المعارف القاهرة .
- حمودة (محمود) (١٩٨٦) : الحقيقة الكاملة للمخدرات مجلة طببك الخاص عدد رقم ٢٠٥ (يناير) .
- دافيدوف (لندال) (١٩٨٠) : مدخل علم النفس ، الطبعة الثانية ، ماكروهيل للنشر ترجمة سيد الطواب وآخرون ، دار المريخ الرياض .
- شاهين (عمر) والرخاوى (يحيى) (١٩٧٧) : مبادئ الأمراض النفسية مكتبة النصر الحديثة القاهرة الطبعة الثالثة .
- شعلان (محمد محمد) (١٩٧٧) : الاضطرابات النفسية فى الأطفال — الجزء الاول الجهاز المركزى للكتب الجامعية الطبعة الأولى .
- شعلان (محمد محمد) (١٩٨٣) : الطبيب انسانا محاضرات فى العلوم السلوكية للطبيب .

- شعلان (محمد محمد) (١٩٨٥) : النفس والناس .
- شعلان (محمد محمد) (١٩٨٩) : الادمان رؤية غير طبية من طبيب جريدة الاهرام ٨/٣١
- شوقى (مدحت عزيز) (١٩٨٥) : الطب والجنس ، كتاب الحرية (٣) دار الحرية القاهرة .
- شيهان (دافيد) (١٩٨٨) : مرض القلق ، ترجمة عزت شعلان ، عالم المعرفة (١٢٤) المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب الكويت .
- صادق (عادل) (١٩٨٩) : فى بيتنا مريض نفسى سلسلة كتاب الحرية العدد (١٩) دار الحرية القاهرة الطبعة الأولى .
- عثمان (عبد اللطيف موسى) (١٩٨٦) : أمراض الجهاز العصبى طبعة أولى .
- عثمان (عبد اللطيف موسى) (١٩٨٨) . الجنس أسرارته ومشكلاته الطبعة الثانية .
- عثمان (عبد اللطيف موسى) (١٩٨٩) : الادمان والمدمنون ، الطبعة الأولى .
- عكاشة (أحمد) (١٩٨٤) : الطب النفس المعاصر الانجلو المصرية ١٦٥ ش محمد فريد القاهرة .
- عكاشة (أحمد) (١٩٨٢) : علم النفس الفسيولوجى الطبعة السادسة ، دار المعارف القاهرة .
- فينخل (أوتو) (١٩٦٩) : نظرية التحليل النفسى فى العصاب ، ترجمة صلاح نجيمر ، وعبد مبخائيل رزق ، الانجلو المصرية ، القاهرة .
- مصطفى (عبد الكريم) (١٩٨٨) : دراسة وصفية تحليلية لعينة من المصريين المرضى باضطراب التحول رسالة ماجستير بطب الازهر غير منشورة .
- هول (كالفن) ، ليندزى (جارتز) (١٩٧٨) : نظريات الشخصية ، ترجمة فرج أحمد فرج وآخرون ، توزيع الهيئة المصرية العامة للكتاب — القاهرة .
- ويتيج (ارنوف) (١٩٧٧) : مقدمة فى علم النفس ، ماكجروهيل للنشر ، ترجمة عادل عز الدين الأشول وآخرون دار المريح الرياض .

ثانيا : المراجع الاجنبية :-

- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Pub. by Amer. Psychiat. Assoc. Washington D.C.,3rd Ed.**
-(1987): Diagnostic and Statis. Man. of mental Disord.,Pub. by Amer. Psychiat. Assoc. Washington DC.3rd Ed revised.**
- Bird, J.& Harrison,G. (1984): Examination notes in Psychiatry, John Wright & Sons Ltd. England.**
- Bridgeman, (Bruce). (1980): The Biology of Behaviour, John Wiley & Sons, New York, Ist. ed.**
- El- Rakhawy, M.T. (1977): Neuroanatomy for medical students, Al- Ahram Press, Cairo.**
- English, H.B.& English (Ava).(1961): Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical tremms, Longman, Green & Co. London.**
- Fantozzi, R. et al. (1988): Clinical Experiences With Flumazenil in Benzodiazepine and Mixed-drug Overdoses, Resuscitation, 16, Supp., Elsevier Scientfic Pub. Ireland Ltd.**
- Ganon, W.F. (1987): Review of medical Physiology, Appleton& Lange, California, Thirteenth ed.**
- Gregory, I.& Smeltzer, D. (1983): Psychiatry, Essentials of Clinical Practice, Little, Brown & Comp., Boston, 2nd. ed.**

- Guyton, A.C. (1977): Textbook of medical Physiology, W.B. Saunder, Company, 5th. ed.
- Hamilton, M. (1974): Fish's Clinical Psychopathology Signs and Symptoms in Psychiat., John Wright & Sons Ltd. Bristol.
- Hayman, S.E. (1985): Manual of Psychiatric Emergencies, (editor), Little Brown & Comp., Boston.
- Hollister, L.E. (1983): Clinical Pharmacology of Psychotherapeutic drugs, New York, Churchill Livingstone.
- Kaplan, (Helen) S. (1974): The new sex therapy, Brunner, Mszel, New York.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B. (1988): Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sci. Clinical Psychiat., Williams & Wilkins, Baltimore.
- Lindsay, K.W., Bone, L. & Callander, R. (1986): Neurology & neurosurgery illustrated, Churchill Livingstone, London.
- Okasha, A. (1980): Essentials of General Psychology for Medical Students, The Anglo-Egyptian, Cairo, 5th. ed.
- (1988): Okasha's Clinical Psychiatry, The Anglo-Egyptian, Cairo.
- Shaalan, M.M. (1982): Psychiatry, its role in undergraduate medical Studies.
- Sims, A. & Hume, W. (1984): Lectures notes on behavioural sciences, Blackwell scien. pub., London.
- Thompson, R.F. (1975): Introduction to physiological psychology, Harper & Row pub., New York.
- Winefield, H.R. & Peay, M.Y. (1980): Behavioural Sciences in Medicine, Univ. Park Press, Baltimore, 1st. ed.
- World Health Organization (1978): Ninth Revision of The International Classification Of Diseases, Mental disorders, W.H.O. Geneva.
- (1988): I.C.D. 10, Draft of Chapter V Categories, Mental, Behavioural and Developmental disorders, W.H.O. Geneva.
- World Psychiatric Association (1988): Regional Symposium, October, Book of abstracts, Amer. Psychiat. Assoc., Washington Dc.
- Zaki. O.A. (1970): Revision for medical physiology, Al-Nasr Modern Bookshop, Cairo, 2nd.ed.

المحتويات

- تقديم بقلم الأستاذ الدكتور محمد شعلان ٧
أستاذ الطب النفسى بطب الأزهر
- تقديم بقلم الأستاذ الدكتور أحمد شوقى العقباوى ٩
أستاذ ورئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية بطب الأزهر
- تقديم بقلم الأستاذ الدكتور عبد اللطيف موسى عثمان ١١
أستاذ الأمراض العصبية بطب الأزهر
- مقدمة الطبعة الأولى ١٣
- مقدمة الطبعة الثانية ١٥

□ الباب الأول □

- * الفصل الأول : الصحة النفسية والمرض النفسى ٢١
- * الفصل الثانى : النفس والبدن ٢٥
- * الفصل الثالث : الجهاز العصبى ٢٩
- أولا : الجهاز العصبى المركزى ٣٠
- ثانيا : الجهاز العصبى الطرفى ٤٠
- الاحساسات ٤٧
- * الفصل الرابع : الجهاز الهرمونى ٥٣
- * الفصل الخامس : الوظائف النفسية ٦٣
- * الفصل السادس : الشخصية ٨٥

□ الباب الثانى □

■ مقدمة ٩٩

■ الفصل الأول : الأعراض المرضية النفسية ١٠١

الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة الوعى ١٠١

الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة الانتباه ١٠٤

الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة الاهتداء ١٠٤

الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة الادراك ١٠٥

الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة الذاكرة ١٠٨

الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة الوجدان ١١٠

الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة التفكير ١١٢

الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة الحركة ١٢٠

الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة الكلام ١٢٦

■ الفصل الثانى : المقابلة والفحص النفسى والتشخيص ١٢٩

■ الفصل الثالث : الأهلية الاكلينيكية لبيانات المقابلة ١٣٤

□ الباب الثالث □

■ الفصل الأول : تصنيف الأمراض النفسية ١٥١

□ الباب الرابع □

الأمراض النفسية

■ الفصل الأول : الاضطرابات العقلية العضوية ١٦٩

أولاً : لزمات اضطراب الدماغ العضوية ١٧٢

١ — الهذيان ١٧٣

٢ — الخرف ١٧٨

٣ — لزمة النساوة العضوية ١٨٥

٤ — لزمة الهلاس العضوى ١٨٨

- ٥ — لزمة الضلالية العضوية ١٩٠
- ٦ — لزمة اضطراب الوجدان العضوية ١٩٢
- ٧ — لزمة القلق العضوى ١٩٤
- ٨ — لزمة اضطراب الشخصية العضوى ١٩٦
- ٩ — لزمة الانسمام ١٩٨
- ١٠ — لزمة الانسحاب لمادة ٢٠٠
- ثانيا الاضطرابات العقلية العضوية ٢٠١
- أ — اضطراب الشيخوخة وما قبلها ٢٠١
- ب — الاضطرابات العقلية الناتجة عن مواد ذات مفعول نفسى ٢٠٨
- * الفصل الثانى: اضطرابات الفصام ٢٣٣
- * الفصل الثالث: الاضطراب الضلالى ٢٦١
- * الفصل الرابع: الاضطرابات الذهانية غير المصنفة
فى مكان آخر ٢٧١
- * الفصل الخامس: اضطرابات الوجدان ٢٨٩
- * الفصل السادس: اضطرابات القلق ٣١٣
- * الفصل السابع: الاضطرابات جسمية الشكل ٣٤٧
- * الفصل الثامن: الاضطرابات الانشقاقية ٣٦٩
- * الفصل التاسع: الوظيفة الجنسية واضطراباتها ٣٨٥
- * الفصل العاشر: اضطرابات النوم ٤١٧
- * الفصل الحادى عشر: الاضطرابات المستحدثة ٤٣٧
- * الفصل الثانى عشر: اضطرابات التحكم فى النزعة غير
المصنفة فى مكان آخر ٤٤٣
- * الفصل الثالث عشر: اضطراب التأقلم ٤٥٥

* الفصل الرابع عشر: الاضطرابات الجسمية الناشئة

٤٦١ عن عوامل نفسية

٤٦١ الحالات التي تمثل للعلاج ولا تعزى لمرض نفسى

* الفصل الخامس عشر: اضطرابات الشخصية ٤٦٥

* الفصل السادس عشر: الطوارئ النفسية ٤٩١

□ الباب الخامس □

العلاج

■ مقدمة ٥٠١

٥٠٢ الفريق العلاجى

* الفصل الأول : العلاج العضوى ٥٠٣

٥٠٣ أولا : العلاج الكيميائى

٥٢٤ ثانيا : النوبات المحدثه كهربائيا

٥٢٦ ثالثا : العلاج الجراحى

* الفصل الثانى : العلاج النفسى والاجتماعى ٥٢٧

٥٢٧ أولا : العلاج النفسى

٥٢٩ أ - العلاج التحليلى

٥٣٢ ب - العلاج السلوكى

٥٣٣ ج - مدارس أخرى للعلاج النفسى

٥٣٤ د - العلاج النفسى الجماعى

٥٣٤ ثانيا : العلاج الاجتماعى

□ المراجع □

* أولا : المراجع العربية ٥٣٧

* ثانيا : المراجع الاجنبية ٥٣٩



* المؤلف في سطور:

مؤلف هذا الكتاب هو والدكتور / محمود عبد الرحمن حموده، وُلد عام ١٩٥١ م ،
بالشبن محافظة الغربية ، ثم نشأ في قريته منشأة شبرا طومر مركز قلين محافظة كفر الشيخ ،
حيث حفظ القرآن الكريم والتحق بالأزهر إلى أن تخرج في كلية طب الأزهر عام
١٩٧٦ م ، وعُين معيداً بقسم العصبية والنفسية ، وبعد حصوله على درجة الماجستير
عُين مدرساً مساعداً ، ثم حصل على دكتوراه الطب النفسي عام ١٩٨٥ م ، وعُين
مدرساً ، ويعمل الآن أستاذاً مساعداً للطب النفسي بكلية الطب جامعة الأزهر .

درس التحليل النفسي وعلاج الأطفال والمراهقين وقام بعمل بحوث عديدة في هذا
المجال

أشرف على عدد من رسائل الماجستير والدكتوراه في الطب النفسي وشارك في
العديد من المؤتمرات العلمية .

قام بتدريس الطب النفسي الاكلينيكي والعلاج النفسي وطب الأطفال
والمراهقين في كليتي آداب جامعة عين شمس والمنيا ومعهد الدراسات العليا للطفولة
بجامعة عين شمس بالإضافة إلى تدريسه مادة الطب النفسي لطلاب بكالوريوس
الطب والدراسات العليا بكلية طب الأزهر . وكلية الدراسات الإنسانية .

رقم الإيداع
١٩٩٠ / ٨٤٩٥

طع بالمطعمه العبة ت: ٢٩١١٨٦٢

□ هذا الكتاب □

يعرض للنفس من حيث تكاملها مع الجسد ووظائف النفس وكيف تحدث وما يؤثر فيها ، والأعراض المرضية التي تنشأ عن اضطراب هذه الوظائف ، وكيف تجمع هذه الأعراض من خلال المقابلة الإكلينيكية وصولاً إلى التشخيص المتكامل .

كما يعرض الأمراض النفسية من خلال أحدث تصنيف لها ، شاملاً كل ما يتعلق بها من صورة إكلينيكية ومسار وتنبؤ وانتشار وأسباب وعلاج ، بالإضافة إلى باب خاص عن طرق العلاج المختلفة في الطب النفسى .

وهذا الكتاب مزود بالمصطلحات باللغتين العربية والأجنبية حتى يسهل تناوله لدارسى الطب كما ييسر فهمه لدارسى الآداب والتمريض وغيرهم .